Tabagisme

Intervention au cabinet dentaire

2e édition entièrement remaniée

Ligue suisse contre le cancer
Ligue pulmonaire suisse
Association suisse pour la prévention du tabagisme
Office fédéral de la santé publique

Fumer, ça fait du mal...

Let it be

Impressum

Tabagisme –
Intervention au cabinet dentaire
Copyright 2004: Campagne nationale
«Fumer ça fait du mal – Let it be»

Le projet «Tabagisme – Intervention au cabinet dentaire» est réalisé par la Ligue suisse contre le cancer, dans le cadre de la Campagne nationale «Fumer ça fait du mal – Let it be»

Editeur

Campagne nationale
«Fumer ça fait du mal – Let it be»

Sociétés spécialisées de médecine dentaire

Collège suisse d'Odontostomatologie (CSO)

Société suisse de parodontologie (SSP)

Société suisse de médecine dentaire reconstructive (SSRD)

Société suisse de chirurgie maxillo-faciale (SSCMF)

Société suisse de radiologie dentaire et maxillo-faciale (SSRDMF)

Société suisse d'implantologie orale (SSIO)

Société suisse pour la Chirurgie Orale et la Stomatologie (SSOS)

Société suisse de médecine dentaire pour handicapés et personnes agées (SGZBB)

Société suisse d'endontologie (SSE)

Association suisse de pédodontie (ASP)

Société suisse de Médecine dentaire Préventive et Restauratrice (SSPR)

Associations professionnelles de médecine dentaire

Société suisse d'Odontostomatologie SSO

Swiss Dental Hygienists

Association Suisse des Assistantes de Prophylaxie

Association suisse des Assistantes Dentaires (ASAD)

Adresse de commande
Campagne nationale
«Fumer ça fait du mal – Let it be»
Effingerstrasse 40
3001 Berne

info@letitbe.ch

Tirages
1re édition
7 000 exemplaires en allemand
3 000 exemplaires en français

2e édition
5 000 exemplaires en allemand
1 000 exemplaires en français

La direction de la Campagne remercie la Société Suisse de Parodontologie et les laboratoires nicorette pour leur généreuse participation aux frais de production de ce manuel.

Task force «Tabagisme – intervention au cabinet dentaire»

Direction de la Task force
Dr. Christoph A. Ramseier
Clinique de parodontologie et de prothèse dentaire conjointe, Université de Berne

Christine Gafner
Direction du projet, PROGEF, Berne

Spécialistes en parodontologie, médecins-dentistes, Société Suisse de Parodontologie SSP
Prof. Niklaus P. Lang
Clinique de parodontologie et de prothèse dentaire conjointe, Université de Berne

Prof. Ulrich Saxer*
Président de la Société suisse de parodontologie SSP
École de prophylaxie Zurich-Nord

Dr. Michael Bornstein*
Clinique de chirurgie orale et de stomatologie, Université de Berne

Dr. Herbert Hofstetter
Feusi, école d'hygiénistes dentaires, Berne

Dr. Michel Perrier*
Ancien Directeur de la Policlinique dentaire de la Policlinique médicale universitaire, Lausanne

Dr. Christoph A. Ramseier*
Clinique de parodontologie et de prothèse dentaire conjointe, Université de Berne

Dr. Giovanni Salvi
Clinique de parodontologie et de prothèse dentaire conjointe, Université de Berne

Hygiénistes dentaires – Swiss Dental Hygienists
Isabelle Dähler*
Feusi, école d'hygiénistes dentaires de Berne

Eva Lädrach*
Vice-présidente de Swiss Dental Hygienists, Boll

Myriam Fräfel
Ecole d'hygiénistes dentaires de Zurich

Délégué de la Société Suisse d'Odonto-stomatologie SSO
Marco Tackenberg
Service de presse et d'information de la SSO, Berne

Médecins
Dr. Jacques Cornuz, privat-docent*
CHUV, Département de médecine, Lausanne

Dr. Karl Klingler*
Clinique pneumologique Hirslanden, Zurich

Consultation d'aide à la désaccoutumance tabagique à l'Hôpital de l'Île, Berne
Silvia Büchler*
Cheffe du service de consultation pour fumeurs du Centre suisse de cardiologie, Hôpital de l'Île, Berne

Campagne nationale de prévention du tabagisme «Fumer ça fait du mal…- Let it be» (LSC, LPS, at, OFSP)
Christine Gafner*
Direction du projet, PROGEF, Berne

Pharmacologie
Dr. Sabine Ledderhose
Pfizer Zürich

*Auteurs du manuel

Responsable de la rédaction française de la 2e édition:
Thomas Vauthier, Rheinfelden

Table des matières

Avant-propos **5**

Répercussions du tabagisme sur la muqueuse buccale **6**
Facteur de risque: le tabac 6
Dépistage précoce du carcinome buccal 7

Répercussions du tabagisme sur les tissus parodontaux **9**
Affections parodontales 9
Lien de causalité entre le tabagisme et la parodontite 9
Répercussions sur les tissus parodontaux 9
Mécanismes pathogéniques dans l'apparition des lésions parodontales 10
Conséquences de l'arrêt du tabagisme sur l'état parodontal 10
Répercussions du tabagisme sur l'état de santé général 11

Responsabilité de l'équipe au cabinet dentaire **12**
Pourquoi l'équipe du cabinet dentaire? 12
Le parcours du fumeur à l'ex-fumeur 12

Petit effort – efficacité directe **13**
Fixer des limites 13
Intérêt particulier de l'abstinence tabagique pour les adolescents 13

Désir de changement au niveau des comportements **14**
Devenir ex-fumeur comme processus d'apprentissage 14

Organisation de l'équipe du cabinet dentaire **15**
Anamnèse tabagique 15

Formulaire: Anamnèse relative au tabagisme **16**

Formulaire: Fiche annexe au dossier du patient **17**

Formulaire: Intervention brève **18**

Intervention brève de moins de 5 minutes **19**

Argumentaire **21**

Intervention brève de 10 à 15 minutes **22**

Formulaire: Utilisation des substituts nicotiniques **24**

Soutien pharmacologique à la désaccoutumance tabagique **25**
Faciliter le sevrage 25
Bupropion – Zyban® 27

Qui apporte de l'aide par la suite? **28**
Contact 28
Sources Internet 28

Annexes **29**
A - Des chiffres et des faits 29
B - Substances nocives de la fumée du tabac 30

Qu'ai-je appris? – Autocontrôle **31**

Bibliographie et sources

Remarque importante: Par souci de lisibilité, le présent texte a été rédigé à la troisième personne du genre masculin. Il va sans dire que cette forme générique désigne au même titre les femmes et les hommes.

Avant-propos à la 2e édition

Selon les publications scientifiques récentes, il est aujourd'hui prouvé que le taux de succès d'un traitement parodontal est moins favorable chez les fumeurs que chez les non-fumeurs [1] [2]. Si l'on souhaite réaliser, notamment chez des patients fumeurs atteints d'affections parodontales, une thérapie causale, il convient non seulement de contrôler régulièrement l'hygiène buccale mais aussi d'intervenir au niveau de leurs habitudes en matière de tabagisme.
D'autres études montrent que le tabagisme représente un facteur susceptible de modifier la pathogenèse des maladies parodontales [3] [4]. Les fumeurs qui ont cessé de fumer bénéficient d'une stabilisation évidente des tissus parodontaux. Le pronostic après des interventions chirurgicales en cas d'affection parodontale s'en trouve en outre sensiblement amélioré [5].

Il est également admis que le tabagisme se répercute de façon délétère sur l'état de santé en général. Outre le cancer de la cavité buccale et des voies respiratoires, la bronchite chronique en est l'une des principales conséquences. Compte tenu des traitements médicaux et de la perte de productivité, le tabagisme occasionne en Suisse des coûts de santé de quelque cinq milliards de francs par an, un montant qui correspond à 2,75 pour cent du produit national brut.

Le fait qu'en Suisse les patients consultent plus souvent et plus régulièrement le médecin-dentiste et l'hygiéniste dentaire pour des visites de rappel que leur médecin, fait prendre conscience à l'équipe dentaire de l'urgente nécessité de s'engager dans la prévention du tabagisme et dans la désaccoutumance tabagique.

Encore récemment, la désaccoutumance des fumeurs ne faisait pas partie des activités de l'équipe dentaire en Suisse. Or, dans un certain nombre de pays, des efforts considérables ont été entrepris pour intégrer l'information des patients en matière de désaccoutumance tabagique dans les activités quotidiennes au cabinet dentaire [6] [7] [8] [9] [10] [11] [12] [13] [14] [15] [16] [17].

Une initiative de la Clinique de parodontologie et de prothèse dentaire conjointe de Université de Berne et de l'Ecole d'hygiénistes dentaires Feusi à Berne, destinée à former les médecins dentistes et les hygiénistes dentaires dans ce domaine, a coïncidé par un heureux hasard avec la Campagne nationale de prévention du tabagisme «Fumer fait du mal..– Let it be», qui avait précisément comme intention de soutenir l'équipe dentaire dans la formation à la désaccoutumance tabagique. En vue de réunir de manière optimale ces efforts, une task force, «Tabagisme – intervention au cabinet dentaire», a été créée en automne 2001. Ce groupe de travail est constitué de spécialistes en parodontologie et en désaccoutumance tabagique, de médecins spécialistes en réhabilitation pulmonaire et de représentants d'organisations suisses de médecine dentaire (Société Suisse d'Odonto-stomatologie SSO, Société Suisse de Parodontologie SSP et Swiss Dental Hygienists).

L'une des tâches de cette task force consiste à élaborer des programmes de formation en matière d'intervention brève pour toutes les professions représentées dans l'équipe dentaire, ainsi que pour les étudiants en médecine dentaire, élèves hygiénistes, futures assistantes en prophylaxie, secrétaires et assistantes dentaires. De plus, elle formule des propositions pour des cours de perfectionnement en matière de désaccoutumance tabagique, réservés aux médecins-dentistes (www.dental-education.ch/smoking). Le présent manuel, entièrement remanié, sert de document de base [18]. Après avoir étudié la brochure du début à la fin, vous avez la possibilité de répondre aux questions figurant en page 29, à titre d'autocontrôle. La task force soumettra à la Société Suisse d'Odonto-stomatologie SSO et à l'Office fédéral de la santé publique OFSP la proposition de reconnaître l'équivalent de trois heures de perfectionnement pour la lecture du présent manuel, assortie de la réponse aux questions s'y rapportant.

Un programme de formation complémentaire en ligne, reconnu par la SSO à titre de formation complémentaire, est disponible sur Internet à l'adresse www.dental-education.ch/sso.

La présente brochure a été rédigée par des membres de la task force. Nous leur adressons ici nos vifs remerciements. Nous souhaitons également remercier les responsables de la Campagne nationale de prévention du tabagisme «Let it be» ainsi que les laboratoires Pfizer AG pour leur précieuse collaboration.

Dr. Christoph A. Ramseier PD Dr. Jacques Cornuz

Répercussions du tabagisme sur la muqueuse buccale

Sur un plan général, les répercussions délétères du tabagisme sur la santé sont les carcinomes bronchiques, les maladies cardiaques ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux ou encore les bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO). Au niveau des muqueuses buccales, l'abus de tabac entraîne des altérations tissulaires allant de manifestations anodines jusqu'aux lésions pouvant mettre en péril le pronostic vital. Le tabac est considéré comme étant le facteur étiologique le plus important dans la pathogenèse du carcinome de la cavité buccale et des leucoplasies buccales [19] [20] [21].

Sur le plan mondial, le carcinome épidermoïde de la cavité buccale figure parmi les dix tumeurs les plus fréquentes; il constitute la tumeur maligne la plus fréquente de la sphère oro-maxillo-faciale, même si, d'un point de vue géographique, il existe des différences considérables quant à la prévalence, également en Europe. Les raisons en sont en premier lieu les différents modes de consommation du tabac (qui peut être fumé, chiqué ou prisé), éventuellement en association avec un abus d'alcool. Le carcinome de la cavité buccale touche surtout les hommes d'âge moyen à avancé et l'incidence augmente significativement l'âge avançant; à noter toutefois qu'au cours des deux dernières décennies, un augmentation de l'incidence des carcinomes buccaux a été observée chez les hommes et les femmes jeunes. Selon des études du DöSAK (groupe de travail allemand, autrichien et suisse d'étude des tumeurs de la sphère maxillo-faciale), le taux de survie à cinq ans varie entre 40 et 60%.

La leucoplasie buccale est considérée comme étant l'altération tissulaire de la cavité buccale possédant le potentiel le plus élevé de dégénérescence maligne; de ce fait, la leucoplasie buccale est une précancérose obligatoire (cf. Fig. 1).

Fig. 1: Leucoplasie inhomogène chez une patiente de 72 ans; la lésion intéresse le côté gauche du plancher buccal et du palais dur, et s'étend vers le trigone rétro-molaire.

La prévalence dans la population varie entre 0,2 et 4,9%, avec des différences considérables selon les régions qui, à l'instar du carcinome épidermoïde, seraient dues aux us et coutumes locales dans les modes de consommation. En l'espace de dix ans, 3 à 6%, les leucoplasies buccales évoluent vers une transformation maligne – dont le résultat est le carcinome épidermoïde.

Facteur de risque: le tabac

La consommation de tabac est de loin le facteur de risque le plus important dans la pathogenèse des carcinomes de la cavité buccale. Dans toutes les régions du monde, le tabac est fumé, chiqué ou prisé. Il contient 3000 composants chimiques différents qui se caractérisent par de nombreuses propriétés toxiques et carcinogènes. Parmi ceux-ci, les hydrocarbures aromatiques et les N-nitrosamines spécifiques du tabac (TSNA) sont les carcinogènes les plus puissants. En Europe centrale, la fumée du tabac représente le mode de consommation le plus important parmi les facteurs étiologiques du carcinome de la cavité buccale et des leucoplasies buccales. Le tabac chiqué et d'autres types de consommation du tabac dits «sans fumée» («smokeless tobacco») sont moins répandus en Suisse qu'aux Etats-Unis ou dans les pays scandinaves, par exemple.

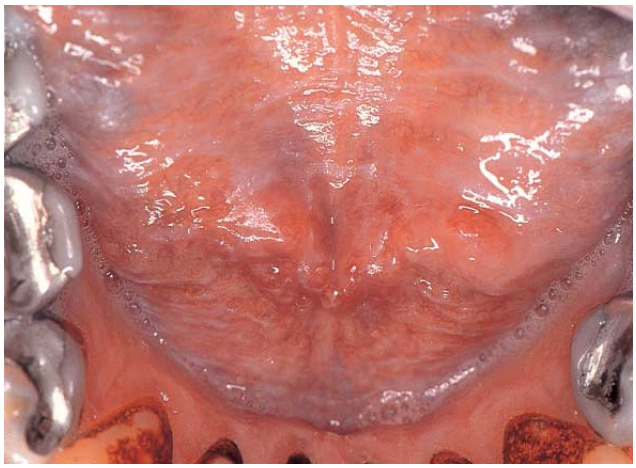


Fig. 2: Leucoplasie homogène du plancher buccal chez un patient âgé de 52 ans. Le patient fume un à deux paquets de cigarettes par jour.

Il existe une nette relation de dose à effet entre la quantité de tabac consommée et le risque de développement d'un carcinome de la cavité buccale. Chez les fumeurs, l'incidence des carcinomes buccaux est en moyenne deux à quatre fois plus élevée que chez les non-fumeurs (cf. Fig. 2)

Il semblerait que les risques relatifs sont comparables chez les fumeurs de cigarettes et de cigares. Toutefois, en cas d'abus combiné de tabac et d'alcool, le risque de développer un carcinome de la cavité buccale est six à quinze fois plus important que chez les sujets non-fumeurs et abstinents. Dans ce processus, l'alcool agit en effet de manière synergique: par la dissolution des lipides extra-cellulaires, il augmente la perméabilité de la muqueuse buccale face aux carcinogènes associés au tabac. La cessation définitive de la consommation de tabac permet de réduire, respectivement de faire disparaître, en l'espace de cinq à dix ans, le risque de développer un carcinome buccal.

Parmi les autres facteurs de risque du carcinome de la cavité buccale, il y a lieu d'évoquer – outre l'abus de tabac et d'alcool – les infections des muqueuses buccales (en particulier celles causées par Candida albicans et les papillomavirus humains), la malnutrition et les carences alimentaires, les facteurs de prédisposition d'ordre familial ou génétique, l'immunosuppression en raison de maladies ou après des transplantations d'organes, l'influence des rayons solaires (carcinome de la lèvre inférieure), des facteurs irritants à l'intérieur de la cavité buccale, tels que des bords d'obturations tranchants ou des arêtes vives au niveau des dents, ainsi que différentes influences de l'environnement (par exemple la pollution de l'air).

Pour les leucoplasies buccales, il existe également une relation de dose à effet entre la quantité de tabac consommée et la prévalence de ces lésions (cf. Fig. 3). Ainsi, les leucoplasies surviennent environ six fois plus fréquemment chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. Après l'arrêt définitif de la consommation de tabac, les leucoplasies sont susceptibles de régresser, voire de disparaître complètement.

Fig. 3: Carcinome épidermoïde bien différencié, kératinisé par endroits, siégeant dans la région d'une zone de dysplasie sur le côté gauche du palais mou chez un patient de 61 ans. le patient fume un à deux paquets de cigarettes par jour et consomme régulièrement de l'alcool.

Outre les altérations tissulaires malignes, respectivement métaplasiques (précancéreuses), de la cavité buccale évoquées plus haut, on observe chez les fumeurs d'autres lésions associées au tabagisme, telles que l'ouranite glandulaire, la mélanose tabagique ou une incidence accrue des candidoses buccales. L'ouranite glandulaire (kératose tabagique ou stomatitis nicotina palati) est typique chez le fumeur de pipe; elle touche surtout la fibromuqueuse du palais dur. A noter que la mélanose tabagique n'est pas considérée comme une précancérose. Les leucoplasies colonisées par Candida albicans se caractérisent par un risque plus important de dégénérescence maligne.

Dépistage précoce du carcinome buccal

Le carcinome buccal se caractérise par un taux important de morbidité et de mortalité. Au cours des 30 dernières années, les nouvelles techniques dans les domaines de la chirurgie, de la radiothérapie et de la chimiothérapie ont permis d'obtenir une amélioration sensible de la qualité de vie des patients concernés; par contre, les taux de survie n'ont connu qu'une faible progression.

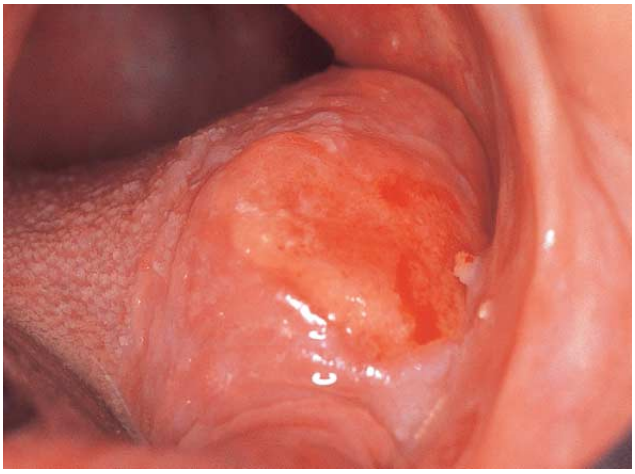


Fig. 4: Carcinome épidermoïde invasif, moyennement à bien différencié, kératinisé par endroits, siégeant à la jonction du plancher buccal latéral et de la face ventrale gauche de la langue, chez une femme de 72 ans.

Le dépistage précoce et la pose d'un diagnostic précis des altérations malignes de la muqueuse buccale améliorent significativement le taux de survie.

Si les carcinomes buccaux à des stades avancés, ainsi que les leucoplasies buccales étendues ne posent en général aucun problème de diagnostic (cf. Fig. 4), il existe toutefois un risque non négligeable de passer à côté d'un carcinome épidermoïde de petite taille et peu symptomatique. De tels retards de la pose du diagnos-

tic – qu'ils soient dus au patient lui-même ou au médecin, respectivement médecin-dentiste – peuvent parfois être considérables, dans certains cas de plusieurs mois, ce qui nécessite alors des procédés thérapeutiques plus radicaux, aboutissant par conséquent à une réduction significative du taux de survie.

En tant que pilier de la prophylaxie et du dépistage précoce du carcinome de la cavité buccale, il incombe à l'équipe du cabinet dentaire un rôle de première ligne. Chaque examen médico-dentaire initial, respectivement de contrôle, devrait comprendre l'examen systématique de l'ensemble des muqueuses de la cavité buccale. Lorsque, dans le cadre d'un tel examen, le diagnostic de suspicion de «carcinome buccal» est posé, il y a lieu de référer le patient dans les meilleurs délais à une clinique spécialisée en stomatologie ou à un centre hospitalier qui dispose d'une équipe interdisciplinaire composée de médecins spécialistes en ORL, en chirurgie maxillo-faciale, en radio-oncologie et en médecine dentaire, qui sont à même de poser un diagnostic précis et d'assurer le traitement et le suivi du patient. Si l'examen de routine des muqueuses buccales est en outre combiné à un information relative aux facteurs de risque que sont le tabac et l'alcool, cette démarche permet à terme non seulement de réduire l'incidence des carcinomes buccaux, mais encore de prévenir les répercussions délétères sur la santé générale.

Répercussions du tabagisme sur les tissus parodontaux

Affections parodontales

Il est probable que Pindborg ait été le premier à suspecter, en 1947, un lien entre le tabagisme et les affections parodontales. A son avis, la consommation de plus de dix cigarettes par jour risquait d'augmenter de quatre à sept fois l'incidence de la maladie de «Vincent» (gingivite ulcéro-nécrotique – GUN). De plus, la durée d'un traitement parodontal serait plus longue chez les fumeurs que chez les non-fumeurs.

Pour ce qui est de la parodontite chronique, les publications scientifiques anciennes ne faisaient pas expressément état d'un lien entre le tabagisme et les effets délétères sur le parodonte; elles constataient seulement l'apparition accrue de dépôts de tartre. Elles ne relevaient toutefois pas de corrélation entre la formation de dépôts de tartre et la quantité de cigarettes consommées par jour. Par contre, les examens radiologiques montraient une perte osseuse accrue chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs.

Jusqu'à la fin des années septante du siècle passé, nombre de publications défendaient aussi des opinions contradictoires, de sorte qu'il n'était pas possible d'établir un lien de causalité entre la consommation de tabac et les maladies parodontales – à l'exception de la GUN. En outre, la normalisation des paramètres cliniques, ainsi que l'objectivation du facteur de l'hygiène faisaient défaut dans ces anciennes études.

Ce n'est que grâce aux connaissances plus récentes en épidémiologie des affections parodontales qu'il a été possible d'effectuer des relevés standardisés des paramètres cliniques. Par la suite, des études cliniques ont permis de préciser le rapport entre le tabagisme et les maladies parodontales.

Fig 5: Patient de vingt-quatre ans, d'origine latino-américaine, fumeur, présentant une muqueuse pigmentée. Symptômes typiques de gingivite ulcéro-nécrotique (GUN): ulcération très douloureuse des papilles interdentaires, saignement au moindre contact, perte d'attache sans formation de poches.

Collection du Dr. Ch. Ramseier.

Lien de causalité entre le tabagisme et la parodontite

En 1993, Haber et coll. ont réussi à fournir une preuve claire du lien causal et quantitatif entre le tabagisme et la parodontite. Le risque de développer une parodontite est quatre fois plus élevé pour un gros fumeur que pour un fumeur modéré. Dans cette étude, les patients dans la tranche d'âge comprise entre 31 et 40 ans qui fumaient plus de dix cigarettes par jour étaient atteints d'une parodontite.
En 1995, Bergström et coll. ont examiné 100 patients à un intervalle de dix ans et ils ont montré que, par rapport aux fumeurs modérés, les grands fumeurs présentaient un nombre supérieur de poches parodontales et que, radiologiquement, la masse de l'os alvéolaire était moins importante.

Fig. 6: Vue de face d'une patiente fumeuse âgée de quarante-trois ans, présentant des dents soignées, avec des récessions marquées, en partie supérieures à 6 mm; cliniquement pratiquement pas de saignement au sondage, mais des profondeurs de sondage de jusqu'à 8mm. Les clichés radiologiques mettent en évidence l'importance de la destruction parodontale du côté gauche des maxillaires supérieur et inférieur.

Collection Prof. U. Saxer.

Répercussions sur les tissus parodontaux

De façon générale, on peut affirmer que la fumée de cigarettes est susceptible de perturber sensiblement l'intégrité et la fonction des tissus parodontaux.

Tissu conjonctif

La nicotine et ses métabolites (entre autres la cotinine) peuvent être décelés dans la salive, dans le fluide gingival et au niveau de la surface des racines. La nicotine diffuse à travers la muqueuse orale en direction du tissu conjonctif. Elle est fixée et absorbée par les fibroblastes, entravant leur activité cellulaire. La nicotine inhibe en outre la synthèse du collagène.

Tissu osseux

L'âge avançant, les fumeurs présentent une réduction plus rapide de la masse osseuse. De plus, les os des fumeurs seraient moins minéra-

lisés en raison des perturbations hormonales provoquées par la nicotine. L'absorption intestinale de calcium est réduite chez les fumeurs.

Circulation sanguine

Le saignement gingival est moins marqué chez les fumeurs, du fait que la nicotine a un effet vasoconstricteur. Lors du diagnostic, il convient de tenir compte de cette particularité, ce d'autant que le paramètre clinique «saignement au sondage» intervient dans le diagnostic de l'inflammation. Le parodonte du fumeur peut paraître cliniquement plus sain que celui du non-fumeur en ce qui concerne le «saignement gingival».

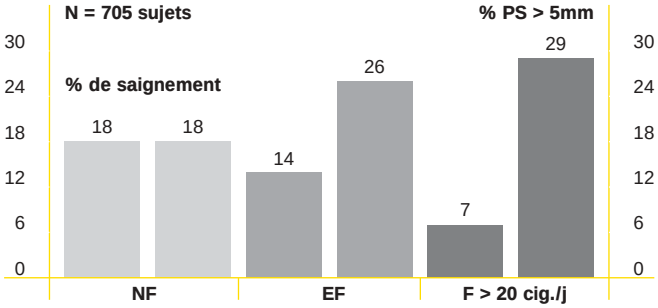


Fig. 7: Indice de saignement gingival en pour-cent et pourcentage des sites présentant une profondeur au sondage (PS) supérieure à 5 mm.

NF non-fumeurs
EF ex-fumeurs depuis au moins 10 ans
F fumeurs.

Les fumeurs **(F)** présentent les taux d'inflammation les plus bas (7%).

Albander et coll. 2000, *Journal of Periodontology*

Mécanismes pathogéniques dans l'apparition des lésions parodontales

Deux causes principales sont à l'origine de la destruction des tissus parodontaux au cours de l'évolution de la parodontite: les bactéries dans la plaque dentaire et la réaction immunitaire au niveau des tissus attaqués par la plaque dentaire.

D'une part, les fumeurs produisent des dépôts plus importants de plaque dentaire, bien que les raisons de ce phénomène n'aient jamais pu être expliquées. D'autre part, les fumeurs présentent un nombre relativement important de bactéries spécifiques, pathogènes au plan parodontal, telles que par exemple B. Forsythus (Haffajee & Socransky 2001). Le tabagisme en soi n'accélère pas la formation de dépôts de plaque et les fumeurs motivés peuvent éliminer la plaque aussi bien que les non-fumeurs.

De nombreux auteurs ont décrit des dépôts accrus de tartre. Une concentration élevée de Ca^{2}+ dans la salive et dans la plaque dentaire en sont à l'origine. Les fumeurs ont un flux salivaire plus important, un pH buccal plus élevé et ils semblent prêter moins d'attention et consacrer moins de temps à l'hygiène bucco-dentaire quotidienne. Néanmoins, les conséquences délétères du tabagisme surviennent même sans prendre en considération la qualité de l'hygiène bucco-dentaire.

Le taux de succès de l'élimination thérapeutique des germes pathogènes pour le parodonte est le même pour les fumeurs et les non-fumeurs. Par contre, à la suite de la dépuration mécanique, les germes en question sont décelables plus longtemps chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. Etant donné que ces germes colonisent aussi des sites sains, il y aurait lieu de penser qu'ils exercent leurs effets destructeurs sur un parodonte affaibli. Dans ce cas, les effets nocifs du tabagisme seraient plus importants que ceux de la flore microbienne.

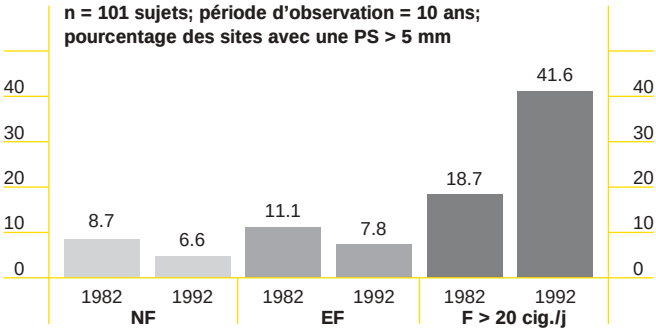


Fig 8: Pourcentage des sites avec une profondeur au sondage (PS) supérieure à 5 mm sur 10 ans. Trois groupes, suivis sur 10 ans (1982 et 1992).

NF non-fumeurs,
EF ex-fumeurs sur au moins 10 ans,
F fumeurs consommant plus de 20 cigarettes par jour (C/J).

Les fumeurs (**F**) présentaient une perte d'attache plus significative (41.6%).

Bergström et al. 2000, *Journal of Periodontology*

Conséquences de l'arrêt du tabac sur l'état parodontal

Les fumeurs ayant cessé le tabagisme peuvent, au même titre que les non-fumeurs, conserver leur parodonte en bonne santé. En 1991, Bergström et coll. ont mesuré une masse osseuse alvéolaire plus élevée chez des hygiénistes dentaires ayant arrêté de fumer depuis plusieurs années, en comparaison avec le groupe de celles qui continuaient à fumer. La masse osseuse restait néanmoins inférieure à celle des hygiénistes dentaires qui n'avaient jamais fumé.

En 1994, Haber et coll. ont évalué à une année la durée nécessaire pour la régénération de la gencive après la cessation du tabagisme. Ce rétablissement s'accompagne également de l'interruption de la perte de tissus de soutien parodontaux.

Répercussions du tabagisme sur l'état de santé général

Compte tenu des traitements médicaux et de la perte de productivité, la consommation de tabac occasionne en Suisse des coûts de santé de quelque cinq milliards de francs par an.

Deux tiers des consultations médicales par année sont occasionnées par un tiers de la population de fumeurs. L'espérance de vie des fumeurs est raccourcie de sept à huit ans, chaque cigarette fumée réduit l'espérance de vie de huit à dix minutes.

Environ 30% de toutes les maladies et 15% de tous les décès (8 000 à 10 000 par an) sont directement imputables au tabagisme. Le tableau 1 résume les taux de mortalité liés aux maladies induites par le tabac. Le tabagisme est de loin la principale cause évitable de décès prématuré.

Causes de décès	hommes	femmes
Toutes les causes	2.34	1.90
Carcinome oro-pharyngé	27.48	5.59
Carcinome pulmonaire	22.36	11.94
Carcinome du larynx	10.48	17.78
Bronchite chronique	9.65	10.47
Carcinome œsophagien	7.60	10.25
Hypertension artérielle	4.06	3.00
Carcinome rénal	2.95	1.41
Carcinome vésical	2.86	2.58
Carcinome pancréatique	2.14	2.33
Carcinome du col de l'utérus		2.14
Apoplexie [AVC] (35 à 65 ans)	3.67	4.80
Apoplexie [AVC] (< 35 ans)	2.24	1.84
Apoplexie [AVC] (> 65ans)	1.94	1.47
Maladie coronarienne (35 à 65 ans)	1.94	1.78
Maladie coronarienne (<65 ans)	1.62	3.00

Le groupe de référence est celui des non-fumeurs (risque relatif = 1)

Tableau 1: Taux de mortalité, liés aux maladies induites par le tabac

En outre, le tabagisme favorise la survenue d'autres maladies, telles que l'ulcère à l'estomac, la cataracte, la dégénérescence maculaire sénile, l'ostéoporose et les fractures vertébrales et de la hanche. Des chiffres récents montrent que le tabagisme augmente aussi le risque du cancer du sein. La fumée du tabac a également un effet nocif sur le fœtus des patientes fumeuses enceintes, puisque la nicotine et le monoxyde de carbone traversent la barrière placentaire. Il en résulte un risque accru de ralentissement de la croissance intra-utérine, d'avortement (fausse couche), ainsi que de mort subite du nourrisson. Il existe un nombre suffisant de données scientifiques qui prouvent que:

- plus de 90% de tous les cas de cancer pulmonaire
- plus de 80% de tous les infarctus survenant avant cinquante ans
- plus de 70% de toutes les maladies pulmonaires chroniques
- plus de 30% de toutes les maladies cancéreuses et de tous les décès des suites d'un cancer
- plus de 30% de toutes les cardiopathies ischémiques et de toutes les apoplexies cérébrales (AVC)

sont pour le moins en partie imputables à la consommation de tabac.

Responsabilité de l'équipe au cabinet dentaire

Le travail de prophylaxie, tel qu'il est réalisé depuis plusieurs décennies dans les cabinets dentaires pour améliorer l'hygiène buccale, a montré la grande influence que le médecin-dentiste peut avoir sur ses patients. Grâce à ces efforts, l'hygiène dentaire et par conséquent la santé buccale se sont considérablement améliorées.
Du fait qu'il est dès lors bien connu que le tabagisme favorise ou provoque des maladies parodontales, il est temps que l'équipe dentaire lance une nouvelle vague de prévention, cette fois-ci ciblée contre tabagisme.

Le parcours du fumeur à l'ex-fumeur

Le parcours du fumeur jusqu'à l'arrêt définitif du tabac est souvent long et semé d'embûches. Si l'équipe dentaire s'attend à ce que ses patients sortent de la consultation au cabinet en tant qu'ex-fumeurs, elle fixe sans doute la barre beaucoup trop haute. Il est bien connu que les fumeurs passent par quatre stades, avant de réussir à se débarrasser définitivement du tabac (voir fig. 9: «Indétermination, pré-contemplation», «Intention, contemplation», «Préparation» et «Action» [22].

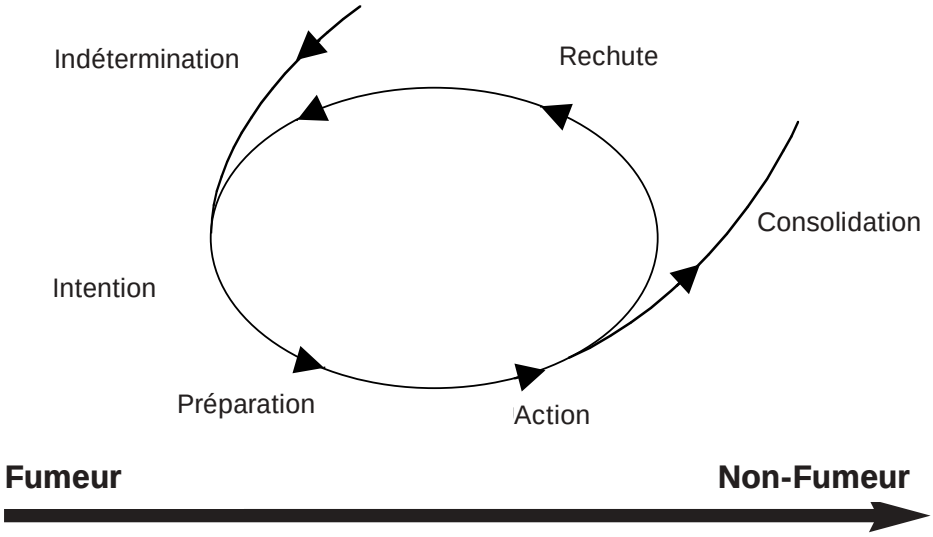


Fig. 9: Représentation schématique des changements de comportement lors de l'arrêt du tabagisme, modifiée d'après Prochaska et Di Clemente

Pourquoi l'équipe au cabinet dentaire?

- Parce que la population moyenne de Suisse consulte très régulièrement, pour la plupart une fois par an, un cabinet dentaire,
- parce que la médecine dentaire est non seulement intéressée, au service de la santé publique, à contribuer activement à la diminution des affections dentaires et parodontales, mais qu'elle est impliquée aussi dans la prophylaxie en général,
- parce que même une intervention minimale est susceptible de déclencher un pas en direction d'un processus de désaccoutumance,
- parce que les patients prennent plus au sérieux les conseils provenant du cabinet dentaire que ceux des membres de leur famille, des amis et des collègues, en raison des arguments scientifique sur lesquels ces conseils de l'équipe dentaire sont fondés,
- parce qu'au cabinet dentaire, les répercussions du tabagisme sur les tissus de la cavité buccale peuvent être démontrés de manière immédiate et particulièrement explicite.

Une méthode confirmée de désaccoutumance consiste à motiver les fumeurs à passer d'un stade à un autre. Les moyens pour y parvenir sont nombreux: la publication d'articles dans les médias électroniques et dans la presse, des publicités encourageant les gens à opter pour une vie sans fumée, une politique des prix appropriée de la Confédération, la restriction des campagnes publicitaires de l'industrie du tabac, la protection raisonnable de la jeunesse, la restriction légale du droit de fumer dans des lieux publics et sur le lieu de travail, l'expression claire des familles de leurs besoins d'être protégées contre la fumée passive – mais également l'attitude des médecins et des médecins-dentistes. Il convient de prendre au sérieux la confiance des patients envers les autorités. Les patients ont souvent tendance à banaliser leur comportement à l'égard du tabac, s'ils n'y sont pas régulièrement rendus attentifs au cours de l'anamnèse.

Petit effort – efficacité directe

Différentes études publiées dans la littérature récente [23] ont démontré que les informations relatives à la cessation du tabagisme fournies par des médecins sont susceptibles d'avoir des conséquences favorables sur le taux d'abstinence tabagique des patients (cf. Tableau 2).

Traitement	Taux d'abstinence après un an (en%)
• Aucune motivation en faveur de l'arrêt du tabac (groupe de contrôle)	7,9
• Conseils et motivation en faveur de l'arrêt du tabac dispensés par le médecin	10,2

Tableau 2: Méta-analyse: taux d'abstinence après 1 an (n = 7 études) [23].

La collaboration d'autres spécialistes cliniques, tels que psychologues, personnel soignant ou médecins-dentistes, peut également se révéler bénéfique (cf. Tableau 3).

Personnel	Taux d'abstinence après un an (en%)
• Non-cliniciens (groupe de contrôle)	10,2
• Groupes d'entraide	10,9
• Autres cliniciens	15,8
• Médecin	19,9

Tableau 3: Méta-analyse: taux d'abstinence après 1 an (n = 29 études) [23].

Il ressort d'une autre méta-analyse, réalisée par Fiore MC et coll. [23], que les interventions personnelles permettent d'obtenir des résultats encore bien plus convaincants. Le taux de succès est alors étroitement lié au facteur du temps investi pour la motivation et l'information dispensées (cf. Tableau 4).

Intervention et information	Taux d'abstinence après un an (en%)
• Aucune	10,9
• Intervention minimale (moins de 3 minutes)	13,4
• Intervention brève (3 à 10 minutes)	16,0
• Consultation plus approfondie (plus de 10 minutes)	22,1

Tableau 4: Méta-analyse: taux d'abstinence après 1 an (n = 43 études) [23].

Les méthodes évaluées dans ces études consistaient en des entretiens de motivation appliquant la règle dite des 5 A: Ask (poser des questions), Advise (conseiller), Assess (évaluer), Assist (aider, soutenir) et Arrange (organiser) [23] [24].

D'autres méthodes et stratégies largement répandues, telles que l'acupuncture, l'hypnose et la thérapie par entretiens psychologiques, ont également fait l'objet d'études. Toutefois, nous ne disposons pas encore à ce propos de données suffisantes qui permettraient de conclure de manière prédictible à l'application de ces méthodes pour mener à bien la désaccoutumance au tabac [23].

Le soutien par des substances psychopharmacologiques peut également contribuer au succès dans le domaine de la désaccoutumance tabagique, comme cela a été rapporté pour le bupropion en forme sustained-release (bupropion SR) (cf. Tableau 5). Il convient toutefois de noter que dans de nombreux pays, le bupropion SR ne peut pas être prescrit par le personnel de l'équipe du cabinet dentaire. Pour cette raison, il y a lieu d'adresser les patients avec une indication possible pour un traitement par bupropion SR à leur médecin de famille ou à un spécialiste en psychothérapie.

Traitement pharmacologique adjuvant	Taux d'abstinence après un an (en%)
• Placebo	17,3
• Bupropion SR	30,5

Tableau 5: Méta-analyse: taux d'abstinence estimé après 1 an (n = 2 études) [23].

Fixer des limites

Il est clair que, dans le cadre du cabinet dentaire, il n'est en général pas possible de consacrer trop de temps aux fumeurs pour une consultation intensive, voire même pour les accompagner durant leur processus de désaccoutumance. Or, comme le démontrent les analyses évoquées ci-dessus, les interventions brèves à elles seules ont un impact beaucoup plus important que l'absence de toute mention relative au comportement à l'égard du tabac. En consacrant quelque cinq minutes de leur temps, les équipes dentaires pourraient aider une part importante de la population à cesser définitivement de fumer. Mieux encore: ce faisant, il serait possible de motiver un nombre indéterminé de jeunes à ne jamais devenir des fumeurs réguliers risquant de devenir dépendants peu de temps après.

Intérêt particulier de l'abstinence tabagique pour les adolescents

Le fait qu'actuellement de plus en plus d'adolescents commencent à fumer n'est pas seulement regrettable mais peut avoir des conséquences graves: les femmes qui se sont mises à fumer à l'âge de 14 ans vont encourir plus tard un risque 14 fois plus élevé d'être atteintes d'une maladie parodontale. Les récessions gingivales sont plus marquées chez les fumeurs. Peu importe que ce soient la curiosité, l'exemple des parents et des collègues fumeurs, la publicité séduisante ou la pression du groupe qui sont responsables du fait que des enfants et des jeunes deviennent des consommateurs réguliers de tabac – et en peu de temps, dépendants –, ces facteurs ne revêtent assez rapidement plus d'importance. Lorsque la dépendance est établie, il n'est

plus d'aucun intérêt d'en chercher les causes. Ce qui seul importe alors, c'est la motivation et le soutien permettant d'arrêter de fumer au plus vite, car la règle dit: plus le nombre d'années de tabagisme est élevé, plus l'arrêt de fumer est difficile. Tout discours moralisateur est déplacé. Par contre, les informations objectives sur l'installation de la dépendance, sur les effets des substances nocives de la fumée du tabac et sur les offres de soutien dans l'arrêt du tabac sont les moyens les plus propices à faciliter aux jeunes la décision, soit à encourir sciemment les risques du tabagisme, soit à opter pour une vie sans fumée.

Désir de changement au niveau des comportements

Il importe d'aborder les patients fumeurs en consultation en fonction de leur état d'esprit du moment [22]. Il est inutile de vouloir convaincre des avantages d'une méthode confirmée de désaccoutumance tabagique un fumeur qui ne s'est pas encore interrogé sur son attitude par rapport à la santé. Il doit d'abord prendre conscience de son comportement à l'égard du tabac et de ses conséquences. Il doit pouvoir se faire à l'idée d'une vie exempte de sa dépendance. Inversement, on perdra du temps à expliquer longuement les conséquences possibles du tabagisme sur la santé à un patient déjà fermement décidé à cesser de fumer définitivement. L'intervention brève doit tenir compte du stade dans lequel le fumeur se situe.

Prochaska et Di Clemente ont illustré de façon schématique les stades que traversent les fumeurs (modèle transthéorique) (voir Fig. 9).

Les premières réponses des fumeurs au cours de l'intervention brève révèlent le stade dans lequel ils se trouvent. La consultation ultérieure prendra des parcours différents en fonction du résultat initial.

Devenir ex-fumeur comme processus d'apprentissage

La désaccoutumance au tabac n'est pas un événement unique, mais un processus d'apprentissage comportant plusieurs phases. Les différentes phases peuvent se succéder rapidement dans le temps en cas de motivation ou d'urgence particulière d'arrêter de fumer. Mais souvent il faut passablement de temps jusqu'à ce que les fumeurs passent de l'un à l'autre des stades évoqués plus haut. Car ce processus n'est pas simple: pour que les fumeurs puissent se résoudre à arrêter de fumer, il y a non seulement lieu de les motiver régulièrement et de leur rappeler que la consommation de tabac n'est pas une habitude anodine, mais aussi de leur faire prendre conscience durablement des effets délétères du tabac sur la santé. Les difficultés liées à la désaccoutumance tabagique qu'ils anticipent et redoutent pèsent lourdement sur leur prise de décision.

La désaccoutumance au tabac proprement dite est dans une large mesure un processus d'apprentissage: il s'agit de se débarrasser d'anciennes habitudes et de les remplacer par de nouvelles, plus bénéfiques pour la santé.

Organisation de l’équipe du cabinet dentaire

Tous les membres de l’équipe du cabinet dentaire peuvent être intégrés au travail en équipe destiné à fournir des informations relatives à la désaccoutumance tabagique (voir Fig. 10). Ainsi, les assistantes dentaires et les secrétaires dentaires, par exemple, après avoir reçu une brève introduction et instruction à ce sujet, peuvent assister l’équipe de façon active, en s’occupant de la distribution et de la commande des brochures, en administrant les formulaires de gestion des patients et en mettant à jour les dossiers des patients [25].

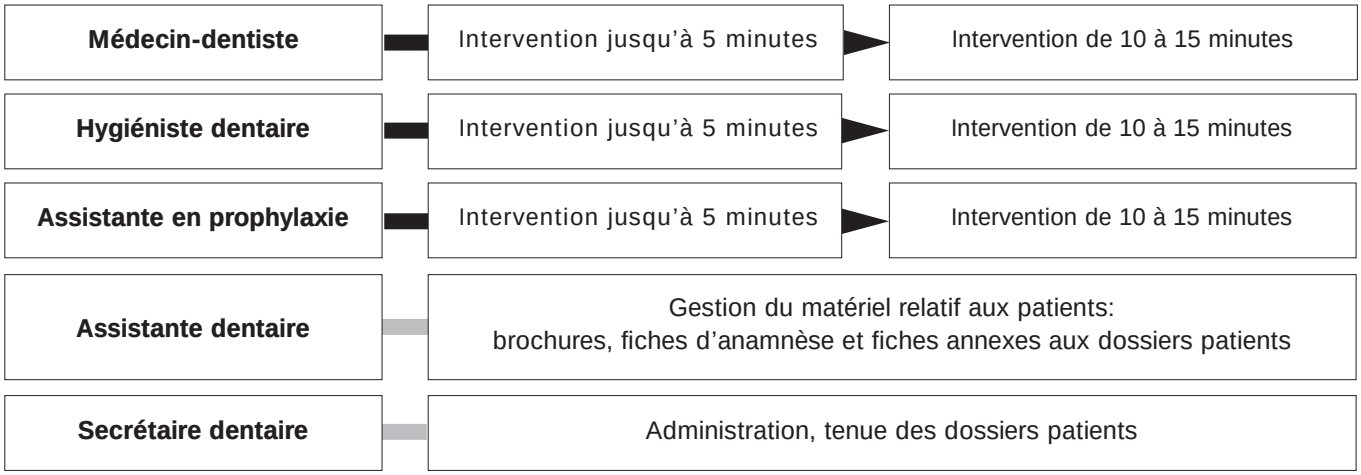

Médecin-dentiste
Intervention jusqu’à 5 minutes
Intervention de 10 à 15 minutes
Hygiéniste dentaire
Intervention jusqu’à 5 minutes
Intervention de 10 à 15 minutes
Assistante en prophylaxie
Intervention jusqu’à 5 minutes
Intervention de 10 à 15 minutes
Assistante dentaire
Gestion du matériel relatif aux patients:
brochures, fiches d’anamnèse et fiches annexes aux dossiers patients
Secrétaire dentaire
Administration, tenue des dossiers patients

Fig. 10: Organisation de l’équipe du cabinet dentaire

Les médecins-dentistes, hygiénistes dentaires et assistantes en prophylaxie, après avoir reçu une brève formation de base ou de perfectionnement, peuvent procéder à une intervention dite brève, d’une durée d’environ cinq minutes. Celle-ci devrait être proposée à titre gratuit ou être facturée dans le cadre d’autres prestations à visée préventive, comme les instructions en matière d’hygiène bucco-dentaire ou des conseils alimentaires ou diététiques. L’objectif de cette intervention brève est de favoriser la progression des patients se trouvant au stade «pré-contemplation» (déni du problème) vers le stade «contemplation» (prise de conscience) et, par la suite, au stade «intention/détermination» (préparation à l’arrêt du tabac) (cf. Fig. 9).

Dans ce contexte, les hygiénistes dentaires prennent un rôle central dans l’intervention au cabinet dentaire dans la désaccoutumance tabagique. Afin d’être en mesure d’assurer des interventions brèves complémentaires d’une durée de cinq à dix minutes, elles devraient bénéficier d’une formation de base, respectivement de perfectionnement, dans le domaine de l’information en matière de désaccoutumance tabagique et de sa mise en pratique.

Anamnèse tabagique

Chez les nouveaux patients venant consulter pour la première fois au cabinet, il est recommandé de procéder de routine à une anamnèse des habitudes en matière de consommation de tabac et d’en consigner les résultats sous forme écrite [13] [26]. Un formulaire simple peut être remis au patient en même temps que le questionnaire concernant la santé générale.

Le formulaire permet de déterminer si le patient est fumeur, non-fumeur, fumeur passif ou ex-fumeur.

Les fumeurs passifs devraient indiquer le nombre de cigarettes fumées par les membres de leur famille et/ou les fumeurs devraient préciser le nombre d’années du tabagisme et le nombre de cigarettes qu’ils consomment par jour. Même s’ils ne fument qu’un nombre réduit de cigarettes réparti sur la semaine, il convient de les traiter comme des fumeurs. Les questions suivantes sont destinées à évaluer l’éventualité d’un arrêt du tabac: «Envisagez-vous d’arrêter de fumer ces prochains temps?», «Pensez-vous que vos problèmes actuels de santé (pour autant que vous en ayez) sont à mettre en relation avec votre tabagisme?» et «Pensez-vous que l’arrêt du tabac puisse être bénéfique pour votre santé?».

Les trois questions suivantes évaluent les expériences faites lors de tentatives précédentes d’arrêt du tabac: «Combien de fois avez-vous essayé d’arrêter de fumer?», «Si vous avez déjà essayé d’arrêter de fumer dans le passé, pour quels motifs avez-vous recommencé à fumer?» et «Avez-vous déjà utilisé des produits de substitution de la nicotine?».

Le formulaire d’anamnèse tabagique devrait servir de point de départ pour l’intervention brève d’une durée jusqu’à cinq minutes qui est présentée ci-après.

Anamnèse relative au tabagisme

Nom/ Prénom _____ Année de n.: _____ Date: _____

1. Je suis non-fumeur	Je n'a jamais fumé
2. Je suis ex-fumeur	Oui, depuis moins de 6 mois Oui, depuis plus de 6 mois J'ai fumé pendant _____ ans
3. Je suis fumeur passif	
a. Combien de cigarettes par jour fument les membres de votre famille et/ou vos collègues de travail?	moins de 10 10 à 20 20 à 30 plus de 30
4. Je suis fumeur	
a. Depuis combien d'années?	Depuis _____ ans
b. Combien de cigarettes fumez-vous par jour?	moins de 10 10 à 20 20 à 30 plus de 30
c. Envisagez-vous d'arrêter de fumer ce prochains temps?	Non, pas vraiment J'envisage d'arrêter de fumer dans les six mois à venir Je me prépare à arrêter de fumer dans les 30 jours à venir
d. Pensez-vous que vos problèmes de santé actuels (pour autant que vous en ayez) sont à mettre en relation avec votre tabagisme?	Oui Non Je ne sais pas
e. Pensez-vous que l'arrêt du tabac serait bénéfique pour votre état de santé?	Oui Non Je ne sais pas
f. Avez-vous déjà fait des tentatives d'arrêt?	Jamais Une fois 2–4 fois Plus de 4 fois
g. Si vous avez déjà fait des tentatives d'arrêt, pourquoi avez-vous recommencé à fumer?	Désir irrésistible Situation de stress En compagnie, sous l'influence de l'alcool Autres
h. Avez-vous déjà eu recours à des produits de substitution de la nicotine?	Non Oui: Pastilles dépôt à mâcher Timbre (patch) Autres
5. Renseignements personnels	
a. Âge	J'ai _____ ans
b. Sexe	masculin féminin

Nous vous remercions du temps que vous avez bien voulu accorder pour répondre à ces questions.

Fig. 11 : Formulaire type pour l'anamnèse tabagique

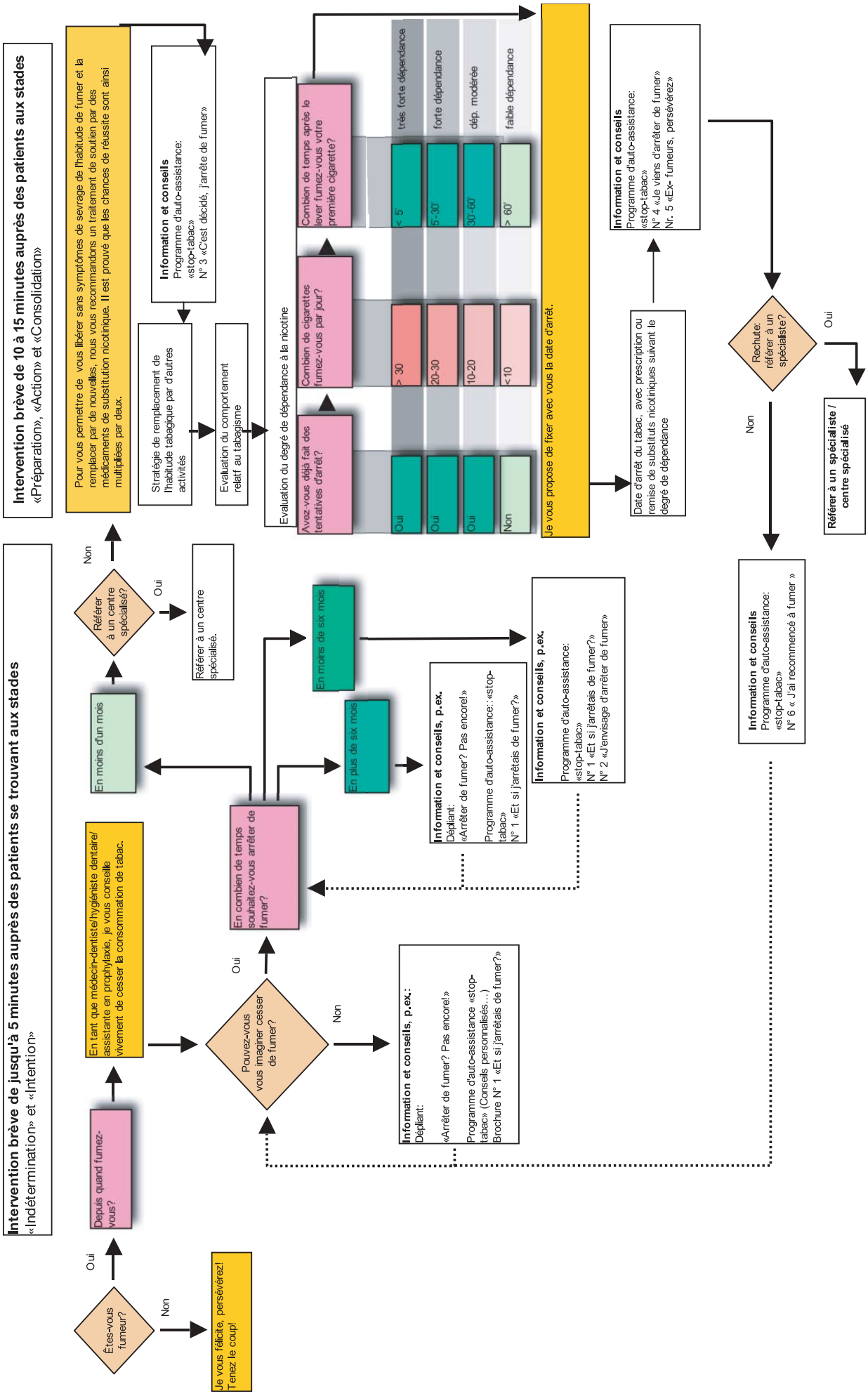
Fiche annexe au dossier du patient: Interventions chez les fumeurs

Nom / Prénom:

Date de la consultation	**Intervention** Conseillé l'arrêt du tabac (oui, non)	**Question de suivi** Redemandé si le patient est prêt à arrêter de fumer (oui, non)	**Remise de brochures*** (noter d'une croix dans le cases correspondantes)							**Information** Exposé les bénéfices de l'arrêt du tabac, discuté le processus de désaccoutumance (oui, non)	**Motivation** Pondération des avantages et Inconvénients Individuels (oui, non)	**Suivi** Date de la prochaine consultation (oui, non)	**Arrêt du tabac** Fixé la date de L'arrêt du tabac (oui, non)	**Substitution nicotinique** DT = dispositif transdermique PM = pastille dépôt à mâcher CS = comprimé sublingual IB = Inhalateur buccal	**Consolidation, maintien** Discuté les situations de risque de rechute (oui, non)	**Rechute** Discuté la marche ä suivre en cas de rechute (oui, non)
			0	1	2	3	4	5	6							

* **0** = «Arrèter de fumer? Pas encore!» **1** = «Et si j'arrêtais de fumer?» **2** = «J'envisage d'arrèter de fumer» **3** = «C'est décidé, j'arrête de fumer» **4** = «Je viens d'arrêter de fumer» **5** = «Ex-fumeurs, persévérez» **6** = «J'ai recommencé à fumer»

Fig. 12: Fiche annexe au dossier du patient: Interventions chez les fumeurs


Intervention brève de jusqu'à 5 minutes auprès des patients se trouvant aux stades
«Indétermination» et «Intention»
Intervention brève de 10 à 15 minutes auprès des patients aux stades
«Préparation», «Action» et «Consolidation»
Êtes-vous fumeur?
Oui
Non
Je vous félicite, persévérez! Tenez le coup!
Depuis quand fumez-vous?
En tant que médecin-dentiste/hygiéniste dentaire/ assistante en prophylaxie, je vous conseille vivement de cesser la consommation de tabac.
Pouvez-vous vous imaginer cesser de fumer?
Oui
Non
Information et conseils, p.ex.:
Dépliant:
«Arrêter de fumer? Pas encore!»
Programme d'auto-assistance «stop-tabac» (Conseils personnalisés...)
Brochure N° 1 «Et si j'arrêtais de fumer?»
En combien de temps souhaitez-vous arrêter de fumer?
En moins d'un mois
En plus de six mois
En moins de six mois
Information et conseils, p.ex.
Dépliant:
«Arrêter de fumer? Pas encore!»
Programme d'auto-assistance: «stop-tabac»
N° 1 «Et si j'arrêtais de fumer?»
Information et conseils, p.ex.
Programme d'auto-assistance:
«stop-tabac»
N° 1 «Et si j'arrêtais de fumer?»
N° 2 «J'envisage d'arrêter de fumer»
Référer à un centre spécialisé?
Oui
Non
Référer à un centre spécialisé.
Pour vous permettre de vous libérer sans symptômes de sevrage de l'habitude de fumer et la remplacer par de nouvelles, nous vous recommandons un traitement de soutien par des médicaments de substitution nicotinique. Il est prouvé que les chances de réussite sont ainsi multipliées par deux.
Information et conseils
Programme d'auto-assistance:
«stop-tabac»
N° 3 «C'est décidé, j'arrête de fumer»
Stratégie de remplacement de l'habitude tabagique par d'autres activités
Evaluation du comportement relatif au tabagisme
Evaluation du degré de dépendance à la nicotine
Avez-vous déjà fait des tentatives d'arrêt?
Oui
Oui
Oui
Non
Combien de cigarettes fumez-vous par jour?
> 30
20-30
10-20
<10
Combien de temps après le lever fumez-vous votre première cigarette?
< 5'
5'-30'
30'-60'
> 60'
très forte dépendance
forte dépendance
dép. modérée
faible dépendance
Je vous propose de fixer avec vous la date d'arrêt.
Date d'arrêt du tabac, avec prescription ou remise de substituts nicotiniques suivant le degré de dépendance
Information et conseils
Programme d'auto-assistance:
«stop-tabac»
N° 4 «Je viens d'arrêter de fumer»
Nr. 5 «Ex- fumeurs, persévérez»
Rechute: référer à un spécialiste?
Non
Oui
Information et conseils
Programme d'auto-assistance:
«stop-tabac»
N° 6 « J'ai recommencé à fumer »
Référer à un spécialiste / centre spécialisé

Intervention brève de moins de 5 minutes

Chez les patients se trouvant aux stades «Indétermination» (pré-contemplation) et «Intention» (contemplation)

Ces instructions relatives à l'intervention brève de moins de 5 minutes illustrent un cheminement possible selon lequel la communication peut se dérouler entre le thérapeute et le patient (fumeur, ex-fumeur ou non-fumeur) au cours de l'entretien d'anamnèse. Ce faisant, la discussion suit le schéma de la figure 11, qui se fonde sur les principes du modèle des changements au niveau du comportement selon Prochaska et Di Clemente (cf. Fig. 9). Il convient d'en consigner par écrit les différentes phases, pour être en mesure de retracer ultérieurement l'historique de la désaccoutumance au tabac (cf. Fig. 12).

«Etes-vous fumeur?»

Ne posez pas la question: «Fumez-vous?» Devoir s'identifier en tant que «fumeur», contribue beaucoup plus sensiblement à faire évoluer le désir d'arrêter de fumer que la constatation du fait de fumer occasionnellement, voire souvent.

Annotez clairement le status tabagique respectif dans le dossier du patient et interpellez à chaque consultation les fumeurs au sujet de leur comportement à l'égard du tabac. Il est conseillé de marquer selon un code de couleurs facilement identifiable les dossiers des patients, en fonction du le status tabagique respectif: bleu – fumeur, jaune – ex-fumeur, blanc – non-fumeur.

«Je vous félicite! Persévérez! Tenez le coup!»

Il convient de féliciter les non-fumeurs et les ex-fumeurs du fait qu'ils ne fument pas (qu'ils ne fument plus). De cette façon, vous contribuez de façon décisive à la prévention primaire, respectivement secondaire. Abordez les questions liées au tabagisme même avec les jeunes patients que vous savez être non-fumeurs. Ainsi vous contribuez, en investissant peu d'effort, à ce qu'ils restent abstinents (voir Fig. 14).

«Depuis quand fumez-vous?»

Il est important de poser la question concernant la durée du tabagisme. Dès cette deuxième question, vous serez en mesure d'évaluer approximativement l'investissement nécessaire pour mener à bien la désaccoutumance au tabac. En général, il est nettement plus difficile d'atteindre des succès de désaccoutumance tabagique chez des personnes ayant fumé pendant plusieurs années [23].

Enchaînant immédiatement après cette question, il faudrait donner à tous les fumeurs le conseil suivant:

«En ma qualité de médecin-dentiste / hygiéniste den-taire, je vous conseille vivement de cesser la consommation de tabac.»

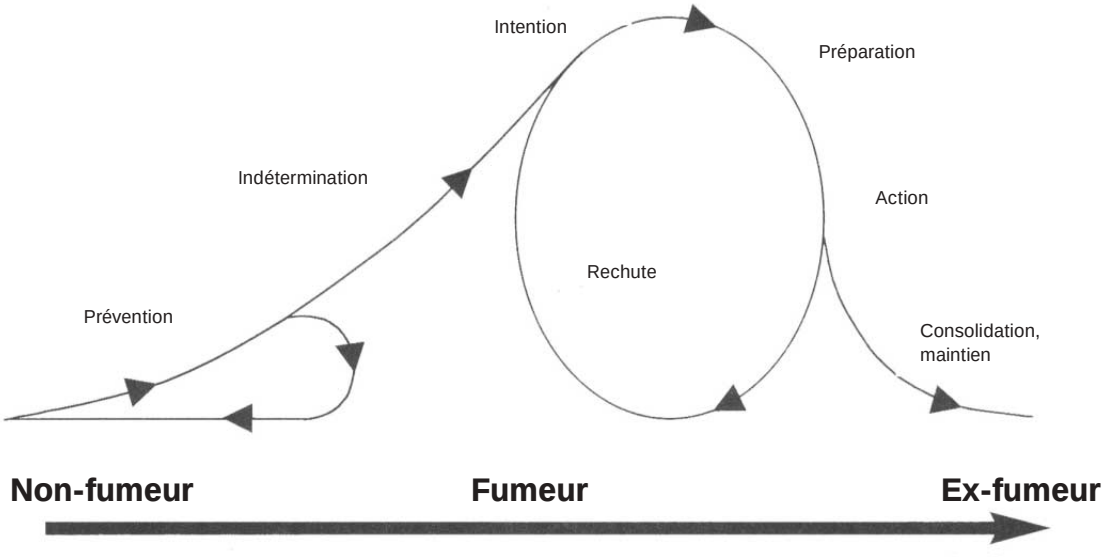


Fig. 14: Prévention chez les non-fumeurs

Argumentez votre conseil, en présentant de manière compréhensible pour le profane les risques prévisibles d'affections buccales et poursuivez vos explications en mentionnant les nombreuses autres maladies qu'il est possible d'éviter en arrêtant de fumer des cigarettes. Etayez votre argumentation de toute votre autorité professionnelle.
Puis, motivez le patient en énumérant les avantages d'une vie sans tabac: pas d'attente de la pause-cigarette, pas de stress pour se procurer des cigarettes, amélioration rapide de la condition physique, possibilité de servir d'exemple aux enfants et de protéger l'entourage contre la fumée passive, une apparence agréable en société sans cigarette à la main, des dents plus blanches, etc. Vous permettez ainsi à vos patients de réfléchir d'une nouvelle façon sur leur propre comportement à l'égard du tabac. L'arrêt du tabac n'est plus considéré comme une simple privation que l'on craint, mais il comporte aussi des bénéfices qui récompensent le stress de la désaccoutumance.
Signalez qu'il existe des méthodes et des moyens auxiliaires facilitant l'arrêt du tabac: par exemple les brochures n° 1 «Et si j'arrêtais de fumer?» ou n° 2 «J'envisage d'arrêter de fumer», ainsi que le programme interactif des «Conseils personnalisés pour cesser de fumer» de la campagne «stop-tabac» (www.stop-tabac.ch/fr/).

Enchaînez par la question:

«Pouvez-vous vous imaginer de cesser de fumer?»

Lorsque vos patients sont invités à répondre à cette question, ils doivent réfléchir sur leur propre comportement à l'égard du tabac. Certains patients croyaient jusqu'alors qu'ils n'étaient pas dépendants et qu'ils pouvaient arrêter de fumer à tout moment. Avant de prendre la décision d'oser faire le pas vers une tentative d'arrêt, le tabagisme leur apparaît sous un autre jour. Ils ne sont plus si sûrs de ne pas être dépendants. Fournissez des informations sur l'évolution de la dépendance, p.ex. sur le fait qu'elle se renforce d'année en année et qu'il devient de plus en plus difficile de cesser définitivement la consommation de tabac.
Lorsque le patient ne manifeste fondamentalement aucun désir d'arrêter de fumer, mettez un terme à l'intervention brève à ce stade et remettez p. ex. le dépliant n° 1 «Et si j'arrêtais de fumer?» qui s'adresse aux fumeurs qui n'envisagent pas (encore) sérieusement d'arrêter de fumer.

Un argumentaire fort utile pour convaincre des fumeurs à cesser de fumer a été composé par Humair & Cornuz 2000 [27] (voir Tableau 5).

En cas de désir de principe d'arrêter, posez la question suivante:

«En combien de temps souhaitez-vous arrêter de fumer?»

En cas de non-désir d'arrêter de fumer dans les six mois à venir, mettez un terme à l'intervention brève à ce stade et remettez au patient des fiches d'information, p.ex. la brochure n° 1 «Et si j'arrêtais de fumer?» (adresse de commande en ligne: www.stop-tabac.ch/fr/documentation.html). N'oubliez pas de vous fixer comme objectif d'aborder de nouveau le sujet de l'arrêt du tabac lors de la prochaine consultation.
En cas de désir d'arrêter de fumer dans les six mois à venir, conseillez à nouveau le programme par exemple les brochures n° 1 «Et si j'arrêtais de fumer?» ou n° 2 «J'envisage d'arrêter de fumer», ainsi que le programme interactif «Conseils personnalisés pour cesser de fumer» de la campagne «stop-tabac» (www.stop-tabac.ch/fr/). Fixez-vous pour but de reparler lors du prochain rendez-vous du sujet de l'arrêt du tabac. Relevez en outre le fait qu'il existe des méthodes et des moyens auxiliaires facilitant l'arrêt du tabac et qu'il est possible de se procurer dans votre cabinet, à tout moment, les informations et les adresses relatives aux prestataires de programmes de désaccoutumance tabagique. Ces propositions comprennent également les substituts nicotiniques ou d'autres produits efficaces pour la désaccoutumance au tabac (p. ex. le bupropion SR).

En cas de désir d'arrêter de fumer en moins d'un mois, signalez à nouveau le programme «stop-tabac» et recommandez au patient de commencer à étudier la brochure n° 3 «C'est décidé, j'arrête de fumer».

«Adresser le patient à un spécialiste?»

C'est à vous de décider si vous souhaitez continuer à prêter votre aide à la désaccoutumance ou si vous préférez plutôt adresser le patient à un centre spécialisé, au médecin de famille ou à un psychothérapeute.

Argumentaire

«J'ai du plaisir à fumer.»	Si vous arrêtez de fumer, vous trouverez d'autres plaisirs moins nocifs, voire même «sains»: le sport, le bien-être, de bons petits en-cas, des économies pour un voyage, et plein d'autres.
«Le tabac me procure un sentiment de détente.»	Ceci n'est qu'une illusion fondée sur la dépendance. Il existe d'autres méthodes pour réduire les tensions: les exercices de relaxation, les techniques de respiration et autres.
«Ma dépendance est trop forte.»	Si vous arrêtez de fumer, vous vous débarrasserez de cette dépendance – plus vite que vous ne le pensez. Libéré de cette dépendance, vous aurez une nouvelle sensation de la vie.
«Je crains les effets de manque si je ne fume plus de cigarettes.»	Un dispositif transdermique ou une pastille dépôt de nicotine à mâcher réduisent considérablement les effets du manque de tabac.
«J'ai peur de grossir si j'arrête de fumer.»	Il est plus risqué de continuer à fumer que de prendre quelques kilos que vous pouvez reperdre par la suite. Attaquez-vous à un problème à la fois. Quelques mesures simples à prendre au niveau de l'alimentation vous éviteront de prendre du poids.
«Je manque de volonté.»	Plus d'un million de Suisses ont arrêté de fumer, pourquoi pas vous?
«J'ai peur d'échouer dans ma tentative d'arrêt.»	Il faut en moyenne trois à cinq tentatives pour devenir ex-fumeur. Chaque tentative est une expérience qui augmente les chances de réussite.
«Ce n'est pas le bon moment pour arrêter.»	Vous reportez le problème. Plus tard, il ne sera pas plus facile d'arrêter que maintenant.
«J'arrive mieux à me concentrer quand je fume.»	Ceci est vrai aujourd'hui, mais à la longue le tabac risque de diminuer vos performances intellectuelles.
«Peu importe, si je nuis à ma santé.»	Je n'en suis pas si sûr, car vous êtes venu me consulter pour un problème de santé.
«Le dommage est fait, il est trop tard pour arrêter.»	Il n'est jamais trop tard! Arrêter de fumer est bénéfique à tout âge.
«Mes poumons sont malades, il est trop tard.»	Si vous arrêtez de fumer, vous pouvez éviter l'aggravation et les complications de votre maladie.
«Le tabac n'est pas si dangereux que ça!»	Vous jouez à pile ou face. Un fumeur sur deux meurt d'une maladie provoquée par le tabac.
«Mon oncle a fumé toute sa vie, jusqu'à l'âge de 85 ans.»	C'est l'exception qui confirme la règle, puisqu'un fumeur sur deux meurt des sui tes du tabagisme et un sur quatre avant l'âge de 70 ans. Pensez aux autres fumeurs de votre famille !
«Il faut bien mourir un jour.»	Pourquoi mourir plus tôt que les autres? En général, la mort est précédée de plusieurs années de maladie. Il s'agit également de maintenir le niveau élevé de la qualité de vie.
«Je fume très peu, ce n'est pas dangereux.»	Même ceux qui ne fument que deux à trois cigarettes, prennent un risque. En outre, les fumeurs en mesure de s'en tenir à long terme à une faible consommation de tabac, sont très peu nombreux.
«Pas de danger, je fume des cigarettes légères.»	Les risques sont pratiquement les mêmes, car vous inhalez la fumée plus souvent et plus profondément.
«La plupart des membres de ma famille fument.»	Ce n'est plus comme autrefois. Deux tiers des personnes sont non-fumeurs en Suisse.
«Bon nombre de médecins-dentistes fument.»	Seulement onze pour-cent des praticiens installés en cabinet privé. C'est peu en comparaison avec les trente-trois pour-cent de la moyenne de la population.

Tableau 5: Arguments et contre-arguments, d'après Jean-Paul Humair & Jacques Cornuz 2000 [7].

Intervention brève de 10 à 15 minutes

Chez les patients se trouvant dans les phases «Préparation», «Action» et «Consolidation»

Il est important de repérer les patients au stade «Préparation à l'arrêt du tabac», du fait qu'ils sont particulièrement susceptibles de bénéficier d'un traitement ultérieur à l'aide d'interventions brèves de 5 à 10 minutes par séance.
Motivez et encouragez vos patients à arrêter de fumer en les rendant attentifs aux substituts nicotiniques:

«Pour vous vous libérer sans symptômes de sevrage de l'habitude de fumer et la remplacer par de nouvelles, nous vous recommandons un traitement de soutien par des médicaments de substitution nicotinique. Il est prouvé que les chances de réussite sont ainsi multipliées par deux.»

A ce stade, signalez à nouveau l'utilité des moyens auxiliaires facilitant l'arrêt du tabac, par exemple la brochure n° 3 «C'est décidé, j'arrête de fumer» ou le programme interactif «Conseils personnalisés pour cesser de fumer» de la campagne «stop-tabac».

Etablir un plan destiné à substituer les comportements liés au tabagisme par d'autres activités

Il est très difficile et chronophage de remplacer avec succès les habitudes liées à la consommation de tabac par d'autres activités. Il est souvent nécessaire de procéder à plusieurs consultations avant d'être en mesure de composer un programme individuel d'activités bénéfiques en vue de prévenir la rechute. En outre, il est nécessaire d'observer et d'enregistrer les comportements individuels relatifs à la consommation de tabac, de sorte que lors l'analyse permette de mettre en évidence les schémas du tabagisme. Ce n'est qu'après avoir procédé à une telle évaluation qu'il sera possible de rompre ces schémas figés et de les remplacer par d'autres modes de comportement soigneusement planifiés à l'avance.

Evaluation des schémas de comportement relatifs au tabagisme

Tous les fumeurs ont leurs propres habitudes liées au tabagisme. En revanche, il est possible de distinguer deux types fondamentalement différents: d'une part, les fumeurs qui fument à des moments répartis de façon régulière tout au long de la journée et, d'autre part, les personnes qui ne fument qu'à certains moments précis. Afin de distinguer ces deux types, les patients devraient être incités à consigner sous forme écrite sur une fiche d'auto-contrôle les informations essentielles concernant leur consommation de cigarettes (maximum 20 cigarettes, voir fig. 15), en précisant les points suivants: «heure», «lieu ou activité», «en compagnie de…», «humeur ou raison», «importance de cette cigarette» et «alternatives possibles».

Afin d'être en mesure de conseiller les modalités optimales du traitement de substitution de la nicotine, il est impératif de savoir si le patient fume à des intervalles réguliers de la journée, ayant ainsi acquis l'habitude de maintenir un taux plasmatique constant de nicotine tout au long de la journée ou si par contre ils ne fument qu'à certains moments précis, ne présentant dès lors un taux plasmatique élevé de nicotine qu'à ces moments-là. Pour le premier groupe, l'application de dispositifs transdermiques de nicotine (timbre, patch) sera la méthode de choix, tandis que les fumeurs du deuxième groupe se verront prescrire de préférence des pastilles dépôt à mâcher ou des comprimés sublinguaux. Le résultat de l'évaluation du comportement tabagique peut être annoté dans le formulaire «Conseils relatifs à l'utilisation de produits de substitution de la nicotine» (voir Fig. 16).

Fiche d'auto-contrôle Date: _____

Cig.	Heure	Lieu ou activité	En compagnie de	Humeur ou raison	Importance de cette cigarette?	Alternatives
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Fig. 15: Fiche d'autocontrôle pour 10 cigarettes.

Evaluation du degré de dépendance à la nicotine

En vue de l'évaluation du degré de dépendance à la nicotine, il convient de poser les questions suivantes (voir Tableau 6): «Avez-vous déjà fait des tentatives d'arrêt?», «Combien de cigarettes fumez-vous par jour?» et «Combien de temps après le réveil fumez-vous votre première cigarette?».

Les réponses à ces questions permettent de classer le patient dans l'une des quatre catégories suivantes: faible dépendance, dépendance modérée, forte ou très forte. Parmi les trois questions posées, c'est la réponse indiquant le degré le plus important de dépendance qui détermine le degré total de dépendance [28].

«Avez-vous déjà fait des tentatives d'arrêt?»

Oui	dépendance modérée à très forte
Non	faible dépendance

«Combien de cigarettes fumez-vous par jour?»

moins de 10	faible dépendance
entre 10 et 20	dépendance modérée
entre 20 et 30	forte dépendance
plus de 30	très forte dépendance

«Combien de temps après le réveil fumez-vous votre première cigarette?»

plus de 60 minutes	faible dépendance
entre 30 et 60 minutes	dépendance modérée
entre 5 et 30 minutes	forte dépendance
moins de 5 minutes	très forte dépendance

Tableau 6: Evaluation du degré de dépendance à la nicotine

Pour les fumeurs ayant fait des rechutes, il faudrait absolument recommander la prescription de substituts nicotiniques à titre de thérapie de soutien pour le sevrage tabagique. Plus le moment de la première cigarette de la journée est proche du réveil, plus la dépendance nicotinique est forte.
En cas de dépendance modérée, forte et très forte, recommandez vivement le recours aux médicaments de substitution nicotinique pour la désaccoutumance tabagique. Cependant, il s'est avéré que, même dans les cas de faible dépendance, les médicaments de substitution nicotinique contribuent également au succès de la tentative d'arrêt.

Renforcez le patient dans sa décision de faire une tentative d'arrêt du tabac. Donnez-lui des informations sur les symptômes de sevrage probables et fixez d'entente avec lui une date de consultation, qui sera le moment de l'arrêt complet du tabac.

«Je vous propose de fixer ensemble la date de votre arrêt définitif de la cigarette.»

Le jour de l'arrêt complet du tabac, les patients devraient quitter le cabinet dentaire en étant des ex-fumeurs. Remettez-leur la fiche «Conseils relatifs à l'utilisation des produits de substitution de la nicotine» et attirez leur attention sur le bénéfice des activités de compensation planifiées.

Rechute: adresser le patient à un spécialiste?

L'expérience a montré que les fumeurs doivent en moyenne passer par 4 à 5 tentatives d'arrêt du tabac avant de rester définitivement des ex-fumeurs. Pour cette raison, les rechutes doivent être considérées comme étant des «événements normaux». Le cas échéant, l'équipe du cabinet dentaire devrait motiver à nouveau les patients concernés, de sorte qu'ils envisagent et planifient de mettre en pratique une prochaine tentative d'arrêt du tabac dans un avenir proche. En revanche, il peut se poser la question à ce moment-là s'il n'y a pas lieu d'envisager d'adresser le patient à un centre spécialisé de désaccoutumance tabagique, à son médecin de famille ou à un psychothérapeute.

Recommandations relatives à l'utilisation des substituts nicotiniques

Nom: _____ Prénom: _____

Degré de dépendance nicotine:

– très forte
– forte
– modérée
– faible

Comportement relatif au tabagisme:

– consommation régulière, répartie au cours de la journée
– consommation uniquement à certaine occasions

Dès le 1er jour de l'arrêt du tabac:

	Dispositif transdermique (timbres) (mg/jour)	**Dépôt à mâcher** (nombre/jour)	**Autres** (nombre/jour)
1er mois			
2e mois			
3e mois			
Dès le 4e mois			

Lieu, date: _____ Signature: _____

Prescription de substituts nicotiniques

Substituts nicotiniques*	Faible dépendance nicotinique	Dépendance nicotinique modérée	Forte dépendance nicotinique	Très forte dépendance nicotinique
Dispositif transdermique (patch, timbre)			en combinaison avec un autre produit nicotinique	en combinaison avec un autre produit nicotinique
Pastilles dépôt à mâcher	2mg	2mg	4mg	4mg
Comprimés sublinguaux			en combinaison avec le patch	en combinaison avec le patch
Inhalateur buccal			en combinaison avec le patch	en combinaison avec le patch

Fig. 16: Recommandations relatives à l'utilisation des produits de substitution nicotinique.

Soutien pharmacologique à la désaccoutumance tabagique

Substituts nicotiniques: Faciliter le sevrage tabagique par des médicaments de substitution nicotinique

Les symptômes de sevrage (symptômes physiques tels que céphalées, troubles de la digestion et du sommeil, augmentation de l'appétit, etc. – et en particulier le besoin impérieux de fumer, le «craving»), représentent un obstacle important à l'arrêt du tabac; toutefois, le recours aux médicaments de substitution nicotinique permet d'atténuer sensiblement ces symptômes. Ces produits aident les fumeurs à se libérer de leurs habitudes à l'égard du tabac et de se familiariser avec d'autres comportements, sans succomber au besoin impérieux de fumer.

Le traitement à base de médicaments de substitution nicotinique permet d'augmenter de près de 100% le taux d'abstinence tabagique, par rapport à un groupe de contrôle. Les différents produits de substitution nicotinique (pastilles dépôt à mâcher, dispositifs transdermiques, inhalateur buccal, comprimés sublinguaux) permettent d'obtenir des taux de succès équivalents (voir Tableaux 7 à 9).

Substitution nicotinique	Taux d'abstinence après un an (en%)
Placebo	17,1
Pastilles dépôt à mâcher	23,7

Tableau 7: Méta-analyse: taux d'abstinence après 1 an pour les fumeurs traités par des pastilles dépôt à mâcher (n = 13 études).

Substitution nicotinique	Taux d'abstinence après un an (en%)
Placebo	10,5
Inhalateur buccal de nicotine	22,8

Tableau 8: Méta-analyse: taux d'abstinence après 1 an pour les fumeurs traités par inhalateur buccal de nicotine (n = 4 études).

Substitution nicotinique	Taux d'abstinence après un an (en%)
Placebo	10,0
Dispositif transdermique de nicotine	17,7

Tableau 9: Méta-analyse: taux d'abstinence après 1 an pour les fumeurs traités par dispositif transdermique de nicotine (n = 13 études).

Les traitements de substitution nicotinique ne nuisent pas à la santé et le nombre des ex-fumeurs qui doivent y recourir pendant une durée prolongée est très faible.

Les produits de substitution nicotinique coûtent presque autant que la consommation modérée de tabac. L'efficacité de ce traitement a été évalué seulement auprès de fumeurs consommant plus de 10 à 20 cigarettes par jour. L'influence de l'utilisation de substituts nicotiniques sur la prise de poids n'est pas spectaculaire. Néanmoins, ces médicaments semblent atténuer, ou du moins ralentir, la prise de poids [23]. Les pastilles dépôt à mâcher, les dispositifs transdermiques et les comprimés sublingaux sont en vente libre, tandis que les autres formes galéniques ne sont délivrées que sur ordonnance (situation en juin 2003).

Les pastilles dépôt à mâcher

Les pastilles dépôt à mâcher sont disponibles à des posologies de 2 mg ou de 4 mg, à l'arôme menthe, agrumes (arôme orange sanguine) et à l'arôme original.

Mode d'emploi: Une mastication trop rapide peut provoquer des irritations au niveau de la bouche et de la gorge, ainsi que des brûlures d'estomac, le hoquet ou la nausée. Pour cette raison, il est important de bien expliquer la façon correcte de mâcher les pastilles: ne mâcher que durant environ 10 secondes, puis déposer pendant 1 minute dans la poche jugale, mâcher à nouveau durant environ 10 secondes et déposer pendant 1 minute dans l'autre poche jugale, et ainsi de suite. Une pastille libère de la nicotine durant à peu près 30 minutes. Eviter les boissons juste avant ou pendant la mastication.

Posologie: Les fumeurs à forte dépendance (plus de 20 cigarettes par jour et la première cigarette de la journée moins de 30 minutes après le réveil) commencent le traitement avec des pastilles dépôt à mâcher de 4 mg, ceux à plus faible dépendance avec 2 mg. Lorsqu'ils ressentent l'envie de fumer, les patients mâchent une pastille très lentement (voir plus haut). La plupart des fumeurs doivent prendre 8 à 12 pastilles dépôt à mâcher par jour. Selon les besoins, il est possible d'augmenter la posologie jusqu'à 15 pastilles par jour. Il est important d'utiliser le produit choisi durant toute la durée du traitement, qui sera en général de 3 mois. Il est cependant possible de continuer à utiliser les pastilles dépôt à mâcher comme «bouée de secours», afin d'éviter une rechute dans des situations critiques.

Le dispositif transdermique de nicotine

Les dispositifs transdermiques de nicotine sont faciles à utiliser. L'absorption à travers la peau est relativement lente; en général, les concentrations plasmatiques de nicotine les plus élevées ne sont atteintes qu'au bout de 4 à 9 heures. La courbe de la concentration plasmatique de nicotine est relativement plate. Pour ces raisons (absorption lente et courbe plate de la concentra-

tion plasmatique de nicotine), le dispositif transdermique ne se prête que sous réserve aux gros fumeurs. Après le réveil, lorsque le besoin de fumer est souvent particulièrement intense, la concentration plasmatique de nicotine est encore trop faible.
Le dispositif transdermique ne permet pas de reproduire les fluctuations de la concentration de nicotine qui interviennent chez les fumeurs au cours d'une journée. La concentration plasmatique de nicotine chute vers le soir (environ 9 heures après l'application), alors que la plupart des rechutes surviennent précisément le soir; le patient n'est donc plus suffisamment protégé.
Le dispositif transdermique ne remplace en aucune manière les gestes liés à la consommation de tabac.
Pour ces raisons, chez les gros fumeurs le dispositif transdermique doit être utilisé dans un but bien défini et en association avec une autre forme galénique de substitution nicotinique (p. ex. pastilles dépôt à mâcher, comprimés sublinguaux).

Mode d'emploi: Le dispositif transdermique est appliqué sur une peau propre, sèche et saine, à un endroit exempte de pilosité, sur le bras, sur la poitrine ou sur la hanche. Les principaux effets secondaires du dispositif transdermique sont les irritations cutanées; il est possible d'éviter cet inconvénient en changeant souvent d'endroit d'application.
Posologie: Pendant 1 mois à raison de 15 mg/16 h par jour. Après un mois, il convient de diminuer progressivement la dose (durant 2 à 3 semaines 10 mg/16 h par jour et ensuite encore 5 mg/16 h par jour pendant 2 à 3 semaines).

L'inhalateur buccal de nicotine

L'inhalateur buccal de nicotine se compose d'un embout buccal en plastique et de cartouches de nicotine adaptées qui contiennent 10 mg de nicotine. Etant donné l'inhalateur est utilisé à l'instar d'une cigarette, ce dispositif est idéal pour les fumeurs à forte dépendance comportementale. Malgré le terme «inhalateur», la nicotine ne pénètre pas dans les poumons. L'absorption se fait de manière relativement lente par la muqueuse buccale. Les concentrations plasmatiques de nicotine sont moins élevées et moins rapides que celles observées lors de la consommation d'une cigarette.

Mode d'emploi/posologie: L'inhalateur est conseillé pour les fumeurs à dépendance faible ou modérée. Chez les gros fumeurs, l'inhalateur peut être utilisé en combinaison avec le dispositif transdermique. Pour obtenir un contrôle efficace des symptômes de sevrage, il faudrait utiliser durant 8 semaines au moins 6 et au maximum 8 cartouches à inhaler par jour. Sur environ 30 minutes, au rythme de 3 à 4 aspirations par minute, l'utilisateur absorbe environ 80 bouffées, soit à peu près l'équivalent de la quantité de nicotine d'une cigarette. Une cartouche correspond à environ 5 cigarettes, de sorte que l'on peut utiliser 5 fois la même cartouche. L'inhalateur peut également être utilisé comme «bouée de secours» au-delà de la durée habituelle du traitement actif, afin d'éviter une rechute dans des situations critiques.

Le comprimé sublingual

Le comprimé sublingual est placé sous la langue, où il se dissout lentement en 30 minutes et libère la même quantité de nicotine que la pastille dépôt à mâcher de 2 mg. Il est souvent utilisé à la place de la pastille dépôt à mâcher dans des situations où il est préférable d'éviter de mâcher (en public, notamment).

Mode d'emploi/posologie: Il convient d'absorber un comprimé toutes les heures ou toutes les deux heures; la dose quotidienne préconisée est de à 8 à 12 comprimés. La dose maximale ne devrait pas dépasser 24 comprimés par jour. Il ne faut ni sucer, ni mâcher, ni avaler le comprimé, car la nicotine qui passe dans l'estomac peut provoquer le hoquet et des brûlures d'estomac. La durée optimale de traitement est de 3 mois.

En l'absence de contre-indication médicale, les substituts nicotiniques peuvent être utilisés par tous les fumeurs. Ils ne sont conseillés que sous réserve pour les femmes enceintes et pour les patients atteints de maladies cardio-vasculaires. Cependant, toutes les études disponibles montrent que le bénéfice des substituts nicotiniques pour la désaccoutumance tabagique l'emporte sur les risques qu'ils comportent.

Pour résumer ce chapitre sur le traitement basé sur des médicaments de substitution nicotinique, il convient de retenir que:

- Les substituts nicotiniques doublent le taux de réussite chez les fumeurs qui désirent arrêter de fumer.
- Les substituts nicotiniques ne sauraient être un remède miracle. Ils ne constituent pas un ersatz complet de la cigarette et ils ne remplacent pas non plus la force de la volonté. En revanche ils aident les fumeurs abstinents en atténuant le besoin impérieux de fumer ainsi que les symptômes de sevrage.
- Les produits de substitution nicotinique libèrent de la nicotine. En revanche, contrairement à la fumée du

tabac, ils ne contiennent ni des substances à base de goudron, ni des gaz irritants, ni du monoxyde de carbone. En tout état de cause, ils sont donc moins nocifs et moins dépendogènes que les cigarettes.

- La dépendance de médicaments de substitution nicotiniques ne touche qu'un nombre restreint de personnes.
- Certains ex-fumeurs utilisent des produits de substitution nicotinique encore pendant une année, notamment de crainte d'une rechute.
- Les meilleurs résultats d'un traitement par des médicaments à base de nicotine sont obtenus lorsque le choix du produit tient compte du degré de dépendance et du comportement à l'égard du tabac et que le mode d'emploi du fabricant est dûment respecté.

Demandez conseil à votre spécialiste et lisez la notice d'emballage. Pour tout renseignement complémentaire, veuillez vous référer au Compendium Suisse des Médicaments.

Bupropion – Zyban®

Le bupropion a été la première substance exempte de nicotine admise dans l'indication du sevrage tabagique. L'appellation amfebutamon est un synonyme parfois utilisé pour désigner le bupropion, principe actif du Zyban.

Après absorption, le bupropion inhibe de façon sélective le recaptage neuronal des catécholamines (noradrénaline et dopamine), tandis qu'il n'influence que très peu le recaptage de la séronotine. L'augmentation des taux de dopamine et de noradrénaline dans certaines régions cérébrales, tels que le *nucleus accumbens* et le *locus coeruleus* entraîne une atténuation des symptômes de sevrage à la nicotine et de l'envie impérieuse de la cigarette.

Avant que la pleine efficacité thérapeutique soit atteinte, il est nécessaire d'obtenir un taux plasmatique suffisant de bupropion, raison pour laquelle il est conseillé que les patients ne devraient cesser la consommation de tabac qu'à partir du 7e au 14e jour après le début de la prise du médicament. Durant les six premiers jours, le régime consiste en l'absorption d'un comprimé de 150 mg le matin, et dès le 7e jour, de deux comprimés par jour, pendant une durée totale de 7 à 12 semaines; il convient de noter qu'un intervalle minimal de 8 heures doit être respecté entre les prises. L'absorption du deuxième comprimé ne devrait se faire qu'après 17 heures. La combinaison de l'administration de bupropion et de produits de substitution de la nicotine est en principe possible.

L'efficacité du bupropion a été démontrée dans quatre études en double aveugle, contrôlées contre placebo, chez des fumeurs de cigarettes non dépressifs. Les taux d'abstinence après 6 à 12 mois se situaient dans une fourchette entre 18,4 et 30,3% pour le bupropion seul, et entre 33 et 58% pour le bupropion en combinaison avec des produits de substitution de la nicotine. Le bupropion n'est pas grevé de risques significatifs d'abus. Les effets indésirables les plus fréquents sont des troubles du sommeil et la sécheresse buccale. En outre, il a été observé que sous buproprion, la prise de poids était inférieure à celle observée sous placebo.

Les contre-indications concernent les patients présentant des antécédents connus d'épilepsie, de boulimie nerveuse et d'anorexie mentale, du fait que chez ces patients un risque plus important de crises épileptiques a été observé. Il faudrait en outre renoncer à la prise simultanée de médicaments antipsychotiques, antidépresseurs, de théophylline et de cortisone.

L'innocuité du bupropion durant la grossesse n'a pas encore été prouvée chez l'humain. De ce fait, le traitement par bupropion est déconseillé chez les femmes enceintes.

Le Zyban® est un médicament délivré uniquement en pharmacie, sur ordonnance non renouvelable sans l'autorisation du médecin (liste de vente catégorie A). Pour cette raison, il ne peut être prescrit que par les médecins ayant procédé à une anamnèse complète. La prescription du Zyban® est réservée aux médecins au bénéfice d'une formation approfondie en tabacologie, respectivement en désaccoutumance au tabac. Le médicament n'est évoqué ici qu'à titre d'information.

Qui apporte de l’aide par la suite?

Qui apporte de l’aide lorsque le temps imparti au cabinet dentaire est insuffisant pour un soutien intensif?

Il est impératif de fixer une date d’arrêt complet et de s’y tenir. Décelez les risques possibles; prévoyez des solutions de rechange pour affronter les tentations, p. ex. le chewing-gum sans sucre. Songez à des distractions susceptibles de remplacer le besoin de fumer, p. ex. brossage des dents, travail physique ou consommation d’un verre d’eau.

Rares sont les fumeurs qui réussissent à arrêter sans ressentir le besoin impérieux de fumer une cigarette. Les sentiments de privation – de brève durée dans la majorité des cas – sont presque inévitables. Les patients doivent persévérer et passer ce cap, qui ne sera que de courte durée. Outre ce besoin persistant, ils peuvent également souffrir d’autres symptômes de sevrage qui, eux aussi, sont désagréables au début. La toux peut s’aggraver lorsque les poumons dégagent davantage de mucus, de même que des problèmes de digestion (aussi bien la constipation que la diarrhée) peuvent survenir. Certains patients souffrent de vertiges ou de troubles du sommeil. Tous ces phénomènes s’estompent au cours des premières deux à trois semaines de désaccoutumance. Vos conseils seront de la plus haute importance durant cette phase.

Si les patients ont fait des tentatives répétées d’arrêt sans néanmoins y être parvenus, s’ils ont vécu des symptômes de sevrage graves ou s’ils nécessitent un soutien intensif, il est recommandé de les adresser à un centre spécialisé de consultation pour fumeurs. Le numéro de secours «Fumer ça fait du mal…– Let it be» **0848 88 77 88**, le site Internet **www.letitbe.ch**, les centres régionaux de prévention du tabagisme, les médecins et les pharmaciens peuvent vous apporter leur aide.

Contact

En qualité d’organisation professionnelle spécialisée, l’Association suisse pour la prévention du Tabagisme comprend, entre autres, des centres régionaux et cantonaux de prévention du tabagisme. Les centres régionaux proposent leurs propres programmes de désaccoutumance ou fournissent les coordonnées des centres de consultation pour fumeurs.

at
Effingerstrasse 40
3001 Berne
www.at-suisse.ch
Tél. 031 389 92 46 Fax 031 389 92 60

Sources Internet

Les figures 11 (Anamnèse du fumeur), 12 (Fiche pour dossier patient fumeur), 15 (Fiche d’autocontrôle) et 16 (Recommandations relatives à l’utilisation des produits de substitution nicotinique) sont disponibles sur Internet et peuvent être téléchargées sous l’adresse suivante:
www.dental-education.ch/smoking/downloads.asp.
Les documents sont téléchargeables sous format Microsoft Word; par conséquent, il est possible de les adapter selon les besoins individuels de chaque cabinet dentaire.

Annexe

A – Des chiffres et des faits

Le tabagisme constitue l'un des principaux problèmes de santé publique de notre pays. En effet, la Suisse fait partie des Etats européens dans lesquels le taux de consommation de cigarettes est le plus important.
La prévalence de la consommation de tabac est très élevée: plus de 30% de la population adulte fument régulièrement (38% des hommes, 27% des femmes), ce qui correspond à environ deux millions de personnes. Le pourcentage de fumeurs est particulièrement élevé au sein de la population jeune, tranche d'âge dans laquelle il a augmenté entre 1992 et 1997 (voir Fig. 17).

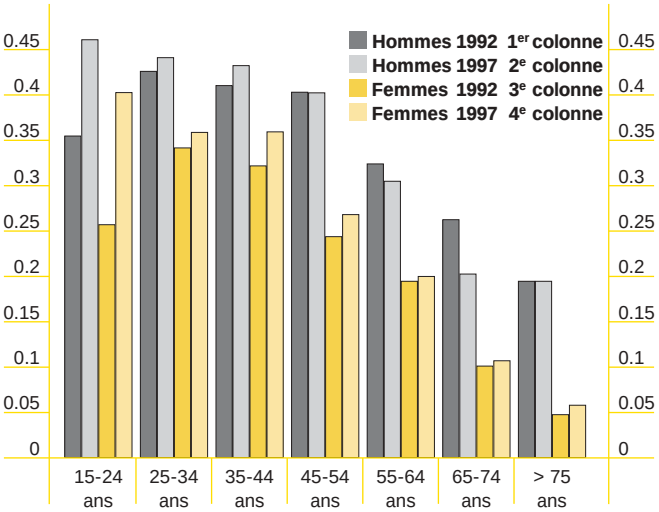


Fig. 17: Evolution de la consommation de tabac 1992 – 1997

Depuis plusieurs années, on constate une consommation de tabac de plus en plus précoce: par exemple, la moitié des élèves vaudois entre onze et seize ans ont déjà fumé, 8% fument régulièrement (voir tableau 10).

	1986	1994	1998	2003
Filles	14	19	24	21
Garçons	13	16	27	26

Tab. 10: Evolution de la consommation de tabac chez les adolescents de 15 ans de 1986 à 1998 et l'enquête 2003 de l'ISPA chez les 15–16 ans.

D'après les ventes enregistrées en Suisse, l'évolution de la consommation de cigarettes depuis les années quarante est relativement stable, après une forte hausse au début des années septante (voir Fig. 6). L'industrie suisse du tabac réalise un chiffre d'affaires d'environ 3,4 milliards de CHF, dont elle tire un bénéfice de quelque 800 millions de CHF.

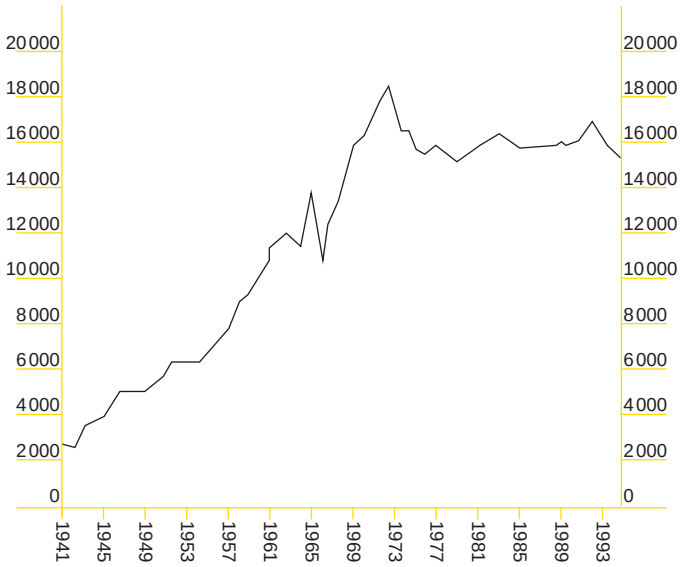


Fig. 18: Evolution du nombre de cigarettes vendues en Suisse de 1941 à 1993.

En 1996, plus d'un élève sur huit (13%) fumait à l'âge de onze à quinze ans. Chez les élèves de quinze ans, le pourcentage de fumeurs montait à plus d'un garçon sur quatre (28%) et à une fille sur trois (33%). La plupart des fumeurs ont commencé dans leur jeunesse. Le début est attribué à la conjonction d'influences provenant du milieu environnant, de modes de comportement et de facteurs personnels.

Influences du milieu environnant:
- Des parents qui fument (la probabilité de fumer est doublée)
- Des frères et sœurs et des amis qui fument
- La publicité visant les jeunes
- Des conditions de vie difficiles.

Modes de comportement:
- De mauvais résultats scolaires et un absentéisme fréquent, une interruption prématurée de la scolarité
- Un lien avec d'autres modes de comportement problématiques
- Abus d'alcool et de drogue.

Facteurs personnels:
- Manque de confiance en soi
- Connaissance limitée des inconvénients du tabagisme
- Anxiété et dépression.

Un nombre important de fumeurs souhaiterait arrêter de fumer. Même chez les fumeurs entre 16 et 24 ans, deux sur trois désirent cesser; entre 25 et 34 ans, plus de la moitié désirent arrêter de fumer.

Un nombre important de fumeurs a déjà fait des tentatives d'arrêt. Déjà chez les seize à vingt-quatre ans, 66% ont essayé de se libérer du tabac. Le nombre de tentatives augmente au cours de la vie, avec un pic chez les hommes entre 45 et 54 ans (88%) et chez les femmes entre 35 et 44 ans (86%). Lorsqu'on additionne ces chiffres (le désir d'arrêter et les tentatives d'arrêt antérieures), on constate que seuls 20% des fumeurs entre 16 et 24 ans n'avaient ni l'envie, ni tenté de cesser de fumer; ce pourcentage se réduit à 10% chez les 25 à 34 ans et à moins de 5% chez les 45 à 54 ans.

De nombreux facteurs risquent de faire échouer l'arrêt du tabac:

- La situation familiale immédiate – les personnes vivant avec un fumeur ont moins de chances de réussir une tentative d'arrêt complet.
- Les conditions socioéconomiques: la pauvreté est liée à des taux de succès inférieurs des tentatives d'arrêt. Paradoxalement, ce sont les personnes disposant le moins de moyens leur permettant de fumer qui ont la plus faible probabilité d'arrêter de fumer.
- L'état psychique – une affection chronique accompagnée de dépression et une situation de vie provoquant le stress sont liées à des taux de succès réduits.
- La dépendance pharmacologique – la consommation quotidienne de cigarettes et le délai entre le réveil de la personne et la consommation de la première cigarette de la journée sont des indices clairs d'une dépendance nicotinique. 17% des fumeurs allument une cigarette dans les cinq premières minutes après le réveil et plus de 50% dans la première demi-heure.

B – Substances nocives de la fumée du tabac

La fumée du tabac contient plus de 4 000 substances chimiques différentes. Outre la nicotine, des gaz irritants et des substances à base de goudron, elle contient également du monoxyde de carbone, de l'ammoniaque et de l'arsenic. Parmi les substances contenues dans la fumée du tabac, 20 sont cancérigènes pour les poumons, le larynx, la cavité buccale, la vessie et les reins.

La nicotine est un stimulant qui présente toutes les caractéristiques d'une drogue. En voici les caractéristiques dépendogènes typiques:

- La tolérance: augmentation de la dose pour atteindre l'effet désiré
- Les symptômes de sevrage à la suite d'une période d'abstinence
- Le désir persistant de fumer, sans la perspective d'en contrôler la consommation
- Fumer et se procurer des cigarettes prend du temps
- L'abandon ou la négligence d'activités (sur les plans social, professionnel, des loisirs)
- Continuer à fumer, en étant parfaitement conscient des risques pour la santé

Après sept secondes à peine, la nicotine passe des voies respiratoires dans le cerveau et dans la circulation sanguine. La libération d'adrénaline dans le sang augmente la fréquence cardiaque et la pression artérielle et génère une vasoconstriction artérielle, cet effet étant renforcé par les dépôts du cholestérol sur les parois vasculaires.

Les gaz irritants provoquent chez tous les fumeurs une inflammation des muqueuses buccale, laryngée, nasale, œsophagienne et bronchique.
Plus de 20% des fumeurs souffrent d'une bronchite chronique avec une production accrue de mucus dans les voies respiratoires, provoquant le réflexe de toux. L'épithélium et les cellules ciliées des voies respiratoires sont endommagés; de ce fait, ces dernières ne sont plus en mesure de «nettoyer» les poumons de ces substances corrosives, ce qui renforce encore le réflexe de toux. La bronchopathie chronique obstructive (BPCO) fait partie des principales maladies induisant une mort précoce.

Le «goudron» n'est pas une substance unique, mais un terme générique pour plusieurs substances chimiques qui composent le résidu collant de la fumée du tabac. Les substances à base de goudron se déposent dans les poumons du fumeur et provoquent le cancer. La consommation de cigarettes à faible teneur en nicotine n'aide pas, car le fumeur inhale plus profondément et garde la fumée plus longtemps dans les poumons. De cette façon, les substances à base de goudron pénètrent plus en profondeur.

Le monoxyde de carbone a une capacité de liaison avec l'hémoglobine deux cent fois plus grande que l'oxygène, contenu dans les globules rouges, diminuant ainsi la consommation d'oxygène. Etant donné que les fumeurs présentent un niveau de saturation d'oxygène plus faible, leur capacité d'endurance est réduite. Quelques jours après l'arrêt du tabac, cette capacité s'améliore déjà sensiblement par l'élimination progressive du monoxyde de carbone.

Qu'ai-je appris? – Autocontrôle

La task force soumettra à la Société suisse d'odonto-stomatologie SSO et à l'Office fédéral de la santé publique OFSP la proposition d'accorder une reconnaissance de trois heures de perfectionnement pour l'étude du présent manuel, suivie de la réponse aux questions s'y rapportant. Veuillez conserver cette page parmi vos documents à titre d'attestation de perfectionnement.

1. Les patients qui fument ont

davantage d'inflammations de la gencive	☐ oui	☐ non
davantage de récessions gingivales	☐ oui	☐ non
une perte de la masse osseuse plus marquée	☐ oui	☐ non
perdu un plus grand nombre de dents	☐ oui	☐ non
moins de tartre	☐ oui	☐ non
les mêmes bactéries que les non-fumeurs	☐ oui	☐ non

2. Les femmes qui ont commencé à fumer à quatorze ans, encourent plus tard un risque

☐ 3 x
☐ 5 x
☐ 9 x
☐ 14 x

plus élevé d'affection parodontale.

3. Quelles sont les deux principales dépendances – jouant un rôle décisif dans la désaccoutumance – qui s'installent lorsqu'on fume?

☐ psychique
☐ morale
☐ sociale
☐ physique

4. Quelles substances, contenues dans la fumée du tabac, sont hautement nocives pour la santé?

5. Quel trait caractéristique renseigne le plus rapidement sur le degré de dépendance à la nicotine?

6. Quel substitut nicotinique transporte la nicotine le plus rapidement vers les récepteurs du cerveau?

☐ dispositif transdermique
☐ pastilles dépôt à mâcher
☐ spray nasal
☐ inhalateur buccal
☐ comprimés sublinguaux

7. Quelle brochure dois-je remettre à un patient qui n'a pas l'intention d'arrêter de fumer?

8. Quels symptômes de sevrages sont fréquents?

☐ troubles du sommeil
☐ vomissements
☐ nervosité
☐ troubles de l'élocution

9. Quelle formule réussit mieux à long terme: l'arrêt planifié/l'arrêt spontané?

10. Quelle tentative d'arrêt en moyenne aboutit finalement au succès?

☐ la 1ère
☐ la 4e/5e
☐ entre la 8e et la 10e

11. Où se trouve «mon» centre régional de prévention du tabagisme?

12. A quel numéro, commençant par 0848, puis-je obtenir des informations sur la prévention du tabagisme?

Date:

Signature:

Timbre du cabinet dentaire:

Bibliographie et sources

Stomatologie, parodontologie et désaccoutumance au tabac

1. Preber, H., and J. Bergstrom, The effect of non-surgical treatment on periodontal pockets in smokers and non-smokers. J Clin Periodontol, 1986. 13(4): p. 319-23.

2. Tonetti, M.S., G. Pini-Prato, and P Cortellini, Effect of cigarette smoking on periodontal healing following GTR in infrabony defects. A preliminary retrospective study. J Clin Periodontol, 1995. 22(3): p. 229-34.

3. Haber, J., et al., Evidence for cigarette smoking as a major risk factor for periodontitis. J Periodontol, 1993. 64(1): p. 16-23.

4. Bergstrom, J., S. Eliasson, and J. Dock, A 10-year prospective study of tobacco smoking and periodontal health. J Periodontol, 2000. 71(8): p. 1338-47.

5. Haber, J., Smoking is a major risk factor for periodontitis. Curr Opin Periodontol, 1994: p. 1-8.

6. Christen, A.G., et al., How-to-do-it quit-smoking strategies for the dental office team: an eight-step program. J Am Dent Assoc, 1990. Suppl: p. 20S-27S.

7. Secker-Walker, R.H., et al., Smoking cessation practices in dental offices. J Public Health Dent, 1987. 47(1): p. 10-5.

8. Stevens, V.J., et al., Making the most of a teachable moment: a smokeless-tobacco cessation intervention in the dental office. Am J Public Health, 1995. 85(2): p. 231-5.

9. Sandhu, H.S., A practical guide to tobacco cessation in dental offices. J Can Dent Assoc, 2001. 67(3): p. 153-7.

10. Guba, C.J., A patient-oriented smoking cessation program conducted in a dental school clinical setting. J Am Dent Assoc, 1990. Suppl: p. 37S-39S.

11. Gelskey, S.C., Tobacco-use cessation programs and policies at the University of Manitoba's faculty of dentistry. J Can Dent Assoc, 2001. 67(3): p. 145-8.

12. Orschel, N.L., et al., Light up your smile – quit smoking: a smoking cessation program for the patients of dental health professionals. Ont Dent, 1997. 74(9): p. 41-4.

13. Watt, R., and M. Robinson, Helping Smokers To Stop: A guide for the dental team. 1999, London: Health Education Authority.

14. Watt, R.G., N.W. Johnson, and K.A. Warnakulasuriya, Action on smoking – opportunities for the dental team. Br Dent J, 2000. 189(7): p. 357-60.

15. Secker-Walker, R.H., L.J. Solomon, and H.C. Hill, A statewide survey of dentists' smoking cessation advice. J Am Dent Assoc,1989. 118(1): p. 37-40.

16. O'Keefe, J., A. Lessio, and B. Kassirer, A pilot smoking cessation program involving dental offices in the borough of East York, Ontario: an initial evaluation. J Can Dent Assoc, 1995. 61(1): p. 65-7.

17. Smith, S.E., et al., A smoking cessation programme conducted through dental practices in the UK. Br Dent J, 1998. 185(6): p. 299-303.

18. Ramseier, C.A., et al., Rauchen – Intervention in der Zahnarztpraxis. 2002, Schweiz: Nationale Rauchstoppkampagne «Rauchen schadet – Let it be».

19. Johnson, N.W., and C.A. Bain, Tobacco and oral disease. EU-Working Group on Tobacco and Oral Health. Br Dent J, 2000. 189(4): p. 200-6.

20. Winn, D. M., Epidemiology of cancer and other systemic effects associated with the use of smokeless tobacco. Adv Dent Res, 1997. 11(3): p. 313-21.

21. Ord, R.A., and R.H. Blanchaert, Jr., Current management of oral cancer. A multidisciplinary approach. J Am Dent Assoc, 2001. 132 Suppl: p. 19S-23S.

22. Prochaska, J.O., and C.C. DiClemente, Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol, 1983. 51(3): p. 390-5.

23. Treating Tobacco Use And Dependence, ed. U.S.D.o.H.a.H. Services. 2000, Bethesda, Maryland: AHRO Publication Mo. 00-0032, U.S. Public Health Service.

24. Miller, W.R., and S. Rollnick, Motivational Interviewing. Guilford Press, New York, 2002.

25. Klein, J.A., and C.J. Guba, Helping patients quit smoking: the role of the dental assistant. Dent Assist, 1989. 58(2): p. 13-6.

26. Ramseier, C.A., Smoking – intervention in the dental practice – http://www.dental-education.ch/Smoking. 2003.

27. Humair, J.P., and J. Cornuz, Raucherentwöhnung, Basisdokumentation für Ärztinnen und Ärzte, ed. F.v.T. Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH. 2000: Bundesamt für Gesundheit BAG.

28. Fagerström, K., The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. Drugs, 2002. 62 Suppl 2: p. 1-9.

Des faits et des chiffres

29. Association suisse de prévention du tabagisme: http://www.at-suisse.ch rubrique: «faits»

30. Janin-Jacquat, B., François Y., Konsum psychoaktiver Substanzen bei Schülerinnen und Schülern in der Schweiz – Nationale Ergebnisse der Umfrage zum Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern im Alter von 11 bis 15 Jahren, Abhängigkeiten: 1: 5-23, 1999

Illustrations

Fig. 1-4: Tirées de la collection d'illustrations relatives à la stomatologie de la Clinique de chirurgie orale et de stomatologie des Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne (Prof. D. Buser, Dr. M. Bornstein)

Fig. 5: Tirée de la collection de la Clinique de parodontologie et de prothèse conjointe des Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne (Dr. Ch. Ramseier)

Fig. 6: Tirée de la collection de l'Ecole de prophylaxie Zürich Nord (Prof. U. P. Saxer)